

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 176

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Gangrènes Primitives Multiples

DE LA PEAU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EMILE VEILLON

Né à Moulins, le 8 juin 1877



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 176

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Gangrènes Primitives Multiples

DE LA PEAU

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 25 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

EMILE VEILLON

Né à Moulins, le 8 juin 1877



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR.
CROLAS..... QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNEQ.
Anatomie		CUZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique		TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes	LAROYENNE
--	-----------

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires	MM. CHANDELUX	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale	ROLLET,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Anatomie pathologique	DEVIC,	—
Physiologie	DOYON,	—
Accouchements	FABRE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—
Hydrologie et matières alimentaires.	CAUSSE, doct. ès-sciences.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. GAILLETON, Président; M. PIC, Assesseur
MM. PAVIOT et COURMONT (P.), Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT - PROPOS

Au moment de terminer nos études, qu'il nous soit permis de remercier M. le Professeur Gailleton du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous ne savons trop comment exprimer à M. le Docteur Carle, chef de Clinique à la Faculté, toute notre reconnaissance pour la grande bienveillance qu'il a toujours montrée à notre égard et pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée dans la confection de notre thèse. De tout notre cœur nous lui adressons l'expression de notre vive sympathie et de notre profond dévouement.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Il est depuis longtemps admis que la peau peut être le siège de plaques gangréneuses multiples, survenant soit comme complications de certaines dermatoses (zona, impetigo, tuberculides ulcéreuses, abcès sous-cutanés, etc.), soit à titre d'épiphénomènes dus à des diathèses (syphilis, hystérie) ou à des maladies infectieuses (fièvres éruptives). Mais à côté de ces cas connus, de ces formes secondaires, se rencontrent d'autres gangrènes cutanées spontanément survenues, ou du moins chez lesquelles la cause première, très différemment appréciée, est assez obscure pour qu'on puisse les qualifier de primitives.

Nombre d'observations de tels cas ont déjà été publiées sous des titres très divers, mais toutes réunies par ces caractères essentiels de spontanéité, de multiplicité et de dissémination des plaques nécrotiques, quelles que soient les différences dans le mode d'apparition et dans les phénomènes concomitants. Les caractères de cette dermatose sont actuellement suffisamment précis pour que l'on puisse leur accorder une place dans le cadre noso-

logique des dermatoses, quitte à modifier cette place, si les recherches ultérieures font connaître l'agent microbien, la modification sanguine ou le trouble nutritif que l'on doit incriminer. Dans leur « Dermatologie », MM. Hallopeau et Leredde ont isolé ce type et sous le titre de « gangrène d'origine infectieuse primitive », ont réuni de nombreux cas de lésions nécrotiques cutanées.

Mais contrairement à ces auteurs, il nous semble que l'on doive rejeter de ce cadre la gangrène spontanée et foudroyante de la verge (Fournier, *Semaine Médicale*, 1883), qui ne présente pas les caractères de multiplicité et de généralisation des autres formes. De plus, les essais de division nous paraissent encore prématurés. La division en forme aiguë et chronique est difficile à expliquer; l'affection procède par poussées aiguës et celles-ci, répétées pendant plusieurs années, en font une affection chronique. Enfin est-il bien nécessaire de créer des types différents suivant la forme symptomatique du début; que celui-ci soit érythème ou papule ou pustule, le fait essentiel n'en persiste pas moins qui est la nécrose, la nécrose disséminée sur tout le corps en plaques bien délimitées, spontanément survenues et laissant une cicatrice indélébile.

Sans entrer dans les discussions pathologiques nous allons énumérer les noms et les travaux de ceux qui se sont occupés de la question.

Cette forme a été observée et déjà signalée au commencement du XIX^e siècle. Isnard, dans une thèse de 1818 sur la gangrène de la bouche en dit

quelques mots. Richter, en 1838, parle de taches gangréneuses de la peau chez les nouveau-nés. Becquerel en 1843, décrit les accidents gangréneux cutanés, qui surviennent à la suite de vésicatoires. En 1852, Bouley et Caillaud publient, eux aussi, des observations. Mais, à cette époque, les études faites par Bretonneau et Trousseau sur la diphtérie, par Bergeron sur la stomatite ulcéro-membraneuse qu'ils avaient séparées de la gangrène, avaient appris aux médecins que certaines lésions, d'apparence gangréneuse, n'étaient pas gangréneuses.

Aussi Rillet et Barthez, émettent des doutes et n'admettent la gangrène que lorsqu'il y a sphacèle noir.

Plus tard, Bouchut publie une observation où il s'agit d'un enfant de 21 mois, qui présenta une gangrène à forme septicémique, à marche rapide. Il y avait des taches noires sur les fesses, les genoux, les avant-bras.

La fièvre était vive et l'enfant était atteint de pneumonie. Pour l'auteur, les lésions cutanées et pulmonaires, étaient dues à des embolies.

Oscar Simon (de Breslau) en 1879, a créé la dénomination de « gangrène multiple cachectique » de la peau. Il attribue la maladie à des thromboses marasmatiques. Il signale dans son mémoire, la coexistence de conjonctivites purulentes, avec les lésions gangréneuses.

Ces mêmes conjonctivites sont notées également dans le travail d'Eichhoff (*Deutsche Med. Wochenschr.*, 1880).

De 1881 à 1886 paraissent de nombreuses observations, dues à Boeck, Sangster, Neumann, Kolb, Leloir, Atkinson, Bellamy, Makins, Hutchinson.

En 1886, Doutrelepon publie un mémoire remarquable « sur un cas de gangrène cutanée multiple ». Dans ce travail, il analyse la plupart des observations parues précédemment et tente de donner des caractères propres à cette affection.

La même année, Kopp publie un cas qu'il considère comme identique à celui de Doutrelepon.

En 1887, Crocker (*Medico-Chirurg. Transact.*) signale la fréquence de ces accidents chez les enfants au-dessous de 3 ans. La même année, en France, Pineau (*Union Méd.* 1887), s'occupe de ce sujet.

En Allemagne Ranke, dans un travail publié dans le *Jahrbuch für Kinderheilkunde* (1887), sous le titre de « Zur Aetiologie und pathologischer Anatomie des nomatösen Brandes », rapportait à côté de plusieurs cas de gangrène de la bouche et de la vulve une observation intéressante de gangrène multiple de la peau.

En 1888, Demme (*Fortschr. der Medicin.*) publie un travail sur l'érythème noueux, avec purpura suivi de gangrène multiple de la peau, dans lequel il pose la question de l'origine infectieuse de cette maladie; il découvre même un microbe spécifique.

La même année, Martin de Gimard dans sa thèse sur le purpura infectieux, rapporte plusieurs observations de purpura gangréneux et cite une observation intéressante de Rehner sur le même sujet.

De 1890 à 1894 paraissent les travaux de Rothmann, Renaut, Bayet, Quinquaud, Hébra, Singer. Tous ces auteurs s'occupent surtout, d'établir l'étiologie de la maladie qu'ils rapportent à des causes très diverses.

En 1894, Hallopeau et Le Damany dans les *Annales de Dermatologie*, font une étude extrêmement intéressante d'une malade présentant des lésions multiples qui, dans leur ensemble ne paraissent pas pouvoir être rattachées à aucun type connu. Dans leur « Dermatologie », Hallopeau et Leredde réunissent de nombreuses observations de lésions nécrotiques cutanées, et en font un type spécial, sous le titre de « gangrène d'origine infectieuse primitive. »

Enfin. Janovski et Mourek, dans les *Archives für Dermatologie und syphilis* de 1896, publient trois nouvelles observations, très détaillées, de gangrène multiple de la peau, et firent des conclusions très importantes au point de vue étiologique et anatomopathologique.

SYMPTOMATOLOGIE

Les prodromes sont rares. Cependant, chez notre malade, la première éruption fut précédée de céphalée intense et accompagnée de fièvre, phénomènes qui réapparurent chaque fois, avec ou sans adénite concomitante, si bien que le malade prévoyait fort bien la poussée.

Le mode de début est des plus variables. MM. Hallopeau et Leredde, se fondant sur les différences de forme, distinguent dans les gangrènes primitives les formes érythémato-bulleuses, papuleuses et pustuleuses.

La lecture des observations nous montre une bien plus grande variabilité. On a signalé comme lésion pré-gangréneuse : des macules rouges (Rothmann), une hypérémie localisée (Doutrelepon), du purpura (Demme), des plaques d'érythème polymorphe (Simon, Hutinel), de l'urticaire (Neumann, Renaut), des bulles (Eischoff) des vésicules (César Boeck), des papules (Hallopeau, Janovsky et Mourek, Carle), des pustules (Roller).

Et de ceci découle l'inutilité d'une division basée sur ces prémisses. Morphologiquement, rien ne peut faire soupçonner d'après l'aspect des premiers boutons, leur évolution future. Signalons donc seulement leur polymorphisme et la fréquence un peu plus grande de la forme papuleuse, pour nous attacher surtout aux phénomènes qui vont suivre.

Erythème, vésicule ou papule, la poussée éruptive est constituée par de minimes éléments, indolents et non prurigineux souvent survenus à l'insu même du malade. Dès lors, à la même période et sur un même individu, ces éléments vont évoluer très diversement.

Ou bien ils avortent. L'efflorescence première, quelle qu'elle soit, se couvre d'une croûte légère, micacée, psoriasiforme, qui tombe au premier lavage, sans laisser de traces (Janovski et Mourek), ou qui, au contraire, marque sa place par une pigmentation rouge localisée, lentement décolorée, mais persistant pendant des mois.

Ou bien, la lésion persiste et s'étend, suinte et s'érode si elle est vésiculeuse, s'infiltré, si elle est papuleuse, s'ulcère si elle est pustuleuse ; si bien qu'au bout d'une quinzaine de jours, une croûte se constitue lamelleuse, épaisse, jaunâtre, infiltrée, presque *echtymateuse* et très adhérente.

Sous ce couvercle arraché, on trouve une ulcération peu profonde, à bords infiltrés et irréguliers, à fond putrilagineux, émettant un pus verdâtre et mal lié. Bien pansée, la plaie se déterge, bourgeonne et se comble en une huitaine de jours, laissant tou-

jours après cela une infiltration rouge, bien délimitée, et plus souvent une cicatrice blanchâtre, atrophique, plus ou moins profonde — suivant la durée — et surtout suivant le traitement.

Enfin, l'efflorescence primitive peut se gangréner d'emblée.

Dès la constitution de la croûte, celle-ci prend une teinte grisâtre, puis noirâtre, s'étend excentriquement et en profondeur, refoulant peu à peu l'aréole érythémateuse infiltrée, au milieu de laquelle elle a pris naissance. Solidement encerclée dans les tissus pendant les premiers jours, la croûte noire devient escharotique, se mobilise peu à peu et se détache, laissant à sa place une ulcération toujours profonde, à bords déchiquetés et taillés à pic, donnant une sanie odorante et jaunâtre. La croûte ne se renouvelle pas, et la réparation est assez rapide, quand la plaie est nettoyée et les pansements fréquemment renouvelés.

Abandonnées à elles-mêmes, ces ulcérations, ecthymateuses ou gangréneuses n'ont aucune tendance à s'arrêter. Elles s'étendent excentriquement, précédées, à la périphérie, par un bourrelet d'infiltration rougeâtre et croûteux, limitant en arrière de lui une zone d'ulcérations putrilagineuses ou déjà bourgeonnantes, tandis que le centre est recouvert d'un mauvais tissu de cicatrice, instable et trop pigmenté. Certaines ulcérations, mal soignées, peuvent ainsi acquérir la surface d'une assiette, envahir toute la fesse, franchir le sillon et s'étendre plus ou moins loin du côté opposé.

Si étendues que soient les pertes de substance, les phénomènes subjectifs peuvent être nuls ; la constatation en est des plus nettes, dans les trois observations publiées. Nous n'avons observé de douleurs que lorsque l'ulcération envahissait un orifice (oreille, anus) ou une partie du corps exposée aux frottements (pli génito-crural). En général, ni douleurs, ni prurit.

Le plus souvent localisée au revêtement cutané, l'affection peut atteindre la muqueuse buccale. Le malade de Hallopeau, le nôtre, ont été atteints, à diverses reprises, d'ulcérations déchiquetées et blanchâtres, siégeant sur les joues, les lèvres ou les amygdales.

Les phénomènes infectieux concomitants sont des plus intéressants et des plus nombreux. Une élévation de température quelquefois intense, accompagnée de céphalée et de fatigue précède ou accompagne les éruptions. Dans l'un des cas de Janovski et Mourek, la malade était arrivée à l'hôpital avec 41°; le malade de Hallopeau eut, au début, une poussée fébrile d'une huitaine de jours (39°4 comme maximum); le nôtre fut atteint d'une série de poussées analogues, avec température, oscillant entre 38° et 39°, d'une durée de cinq à six jours chacune.

Les adénites sont fréquentes, inflammatoires ou suppurées. Le malade de M. Hallopeau fut successivement atteint de suppurations sous-maxillaires et sus-claviculaires. Le nôtre présentait à chaque poussée une hypertrophie très douloureuse des ganglions sous-maxillaires et axillaires.

Dans nos deux observations nous trouvons également :

1° Des angines phlegmoneuses, à répétition, et de l'hypertrophie amygdalienne. Dans les deux cas, les amygdales ont suppuré et l'incision a été nécessaire.

2° Un état érysipélateux assez spécial de la face sans tracé thermique bien typique, mais avec envahissement de l'oreille, de la région péri-auriculaire, par une sorte de dermite douloureuse persistant une dizaine de jours, avec phénomènes généraux atténués (céphalée, anorexie, fatigue générale, etc.).

Nous notons enfin que notre malade souffrit, pendant toute la durée de la septième poussée, d'une épидидymite aussi nette que douloureuse, sans la moindre concomitance d'urétrite.

La maladie procède par poussées, c'est là un fait affirmé par tous les auteurs qui ont pu suivre leurs malades (Doutrelepon, Rothmann, Janovski et Mourek, etc.). Les poussées sont généralement très rapprochées et empiètent même les unes sur les autres. Elles sont d'intensité très variable, bornées quelquefois à quelques boutons sur un point limité du corps, ou bien envahissant d'emblée tout un segment, membre supérieur, région lombaire, cuisse, etc.), ou bien enfin se disséminant sans ordre, sur les points les plus éloignés de l'épiderme.

En somme, aucune régularité dans le mode d'apparition qu'aucune cause appréciable ne peut faire prévoir.

En sorte, qu'au bout de quelque temps, le malade

présente à l'œil le spectacle le plus varié ; toutes les lésions décrites pouvant se retrouver en même temps sur la peau, depuis l'ulcération profonde et purulente, véritable gomme, jusqu'à la cicatrice blanche et atrophique au centre, infiltrée et rouge à la périphérie, veinée de bleu et de rose, striée de bandes scléreuses, quelquefois piquée, de ci et de là, d'une nouvelle plaque gangréneuse qui évoluera pareillement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour établir l'anatomie pathologique de cette affection, nous nous servons des recherches faites par plusieurs auteurs, notamment Janovski et Mourek, Hallopeau et Le Damany et de celles qu'a eu l'obligeance de faire sur notre cas M. le professeur agrégé Paviot.

Dans tous les cas, avec un petit grossissement, on voit déjà des modifications grossières de l'épithélium, du derme et du tissu conjonctif sous-cutané.

La dilatation des lymphatiques est très considérable en divers points, particulièrement dans la couche la plus profonde du stratum reticulare ; elle est beaucoup moindre dans le stratum papillaire.

Les vaisseaux sanguins sont dilatés partout. Une infiltration manifeste se montre le long des vaisseaux et forme autour des glandes sébacées et des follicules des nids ronds très importants.

Le tissu des glandes sudoripares et adipeuses n'est pas partout bien limité.

L'infiltrat présente de petites cellules rondes et quelques cellules épithéliales, plus grosses. Les cel-

lules rondes sont riches en protoplasma. Les gros nids d'infiltrat se tiennent surtout à la périphérie où sont groupées les petites cellules rondes, tandis qu'au centre il y a les cellules épithélioïdes.

On voit, de ci de là, quelques rares cellules géantes bien colorées, avec leur noyau périphérique. Il s'en trouve même dans l'infiltrat.

Il n'y a aucun ordre dans tous ces éléments cellulaires.

L'épithélium offre des modifications essentielles. Les cellules de la couche basale sont pigmentées fortement; elles ont une forme cylindrique allongée, ne se colorent pas bien partout et, par places, sont méconnaissables.

Dans la couche de Malpighi, on ne constate aucune modification précise; cependant la forme et le caractère des cellules sont essentiellement modifiés.

On constate, par endroits, la pénétration de nombreux leucocytes.

La majorité des cellules perd la forme polygonale caractéristique et montre plutôt une forme ronde.

Le protoplasma est excessivement granuleux. Dans un grand nombre de cellules, il y a un noyau bien distinct, granuleux, grand, teinté au centre et à la périphérie, très uniformément. Les nucléoles sont aussi bien colorés et quelques-unes ont des dimensions étonnantes.

Dans les cas de Hallopeau et Le Damany, l'examen histologique a donné les résultats suivants.

Au milieu de la pièce se trouve un eschare comprenant l'épiderme et une bonne partie de l'épais-

seur du derme. Elle est entourée, au voisinage de la surface du moins, par un tissu de granulations.

Au-delà de la zone où se fait le travail d'élimination et, en outre, dans l'hypoderme sous-jacent à l'eschare on voit :

A. — Une inflammation diffuse du tissu dermique et sous-dermique.

B. — Des foyers et des traînées embryonnaires.

A. — L'inflammation diffuse s'accuse par une infiltration abondante d'éléments jeunes et de cellules rondes, entre les faisceaux conjonctifs, qui sont tuméfiés et entre les cellules adipeuses, plus ou moins atrophiées; cette inflammation s'étend jusqu'aux limites de la pièce et, par conséquent, à plus d'un demi-centimètre de l'eschare.

B. — Au milieu de ces tissus enflammés, et notamment, dans les parties moyennes et profondes du derme, se trouvent des amas de cellules embryonnaires vivement colorées; dans ces amas on voit presque toujours la coupe d'un ou de plusieurs vaisseaux, artérioles à parois épaissies et presque oblitérées, veinules thrombosées ou des groupes de canaux sudoripares.

Il y a donc des lésions endo et péri-vasculaires importantes, lesquelles paraissent avoir constitué le fait capital et avoir déterminé la gangrène partielle; ces lésions sont vraisemblablement d'origine infectieuse.

La comparaison avec des coupes de zona gangréneux permet de reconnaître des différences très sensibles.

M. le professeur agrégé Paviot a bien voulu examiner les pièces prises sur notre malade. Voici la note qu'il a rédigée à ce sujet :

« La lésion est caractérisée par une dermite à petites cellules, avec altérations très profondes de l'épiderme, au niveau de la plaque. Les cellules inflammatoires petites, rondes ont néanmoins toutes déjà un protoplasma granuleux un peu jaunâtre, assez fragile. Elles sont surtout abondantes dans les papilles et dans les couches superficielles du derme.

« Ces cellules n'ont aucune prédilection, ni pour les glomérules sudoripares, ni pour les bulbes pileux. Tout est envahi au centre de la plaque; mais, en examinant à sa périphérie, on voit que les cellules rondes se placent dans tous les espaces où il y a normalement un tissu connectif plus lâche qu'ailleurs, c'est-à-dire autour des vaisseaux, autour des fascicules des *arrectores pilorum*. Mais, en particulier à la périphérie l'atmosphère qui entoure les bulbes pileux ou les glomérules sudoripares n'est pas plus particulièrement envahie.

« En somme, la distribution de la lésion paraît réglée beaucoup plus par les vaisseaux, comme le prouve la forme ronde et en coin de la pluie de cellules rondes.

« L'épiderme offre, dès la périphérie de la plaque, des signes d'hyperplasie, de l'allongement des bourgeons interpapillaires; au centre même de la plaque l'épiderme s'amincit, la couche des cellules cornées s'amincit, le corps muqueux de Malpighi tend à perdre sa différenciation dans la profondeur où il

est en contact avec l'infiltration de cellules rondes. Enfin, en surface, au voisinage du centre de la plaque apparaissent quelques petits points en foyers ovales sur les coupes où il s'est produit de la vacuolisation des cellules malpighiennes, ce que déterminent de petits disques à contenu granuleux, entre le corps muqueux et le *stratum corneum*. »

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

L'étiologie de cette affection est très difficile à établir, car la gangrène est produite par des causes aussi nombreuses que diverses.

Nous éliminons tout d'abord toutes les gangrènes pour lesquelles une diathèse quelconque peut être incriminée ; nous ne nous occuperons donc pas des gangrènes nerveuses, hystériques, diabétiques, syphilitiques, etc.

Nous ferons seulement l'étude des gangrènes qui paraissent avoir une origine spontanée, et dont l'étiologie, par ce caractère même de spontanéité, se trouve souvent très obscure.

En parcourant nos observations, nous trouvons notées comme cause de la gangrène :

a) Cinq fois une brûlure (cas de Bayet, Max Joseph, Quinquaud, Hebra, Kolb). Dans ces cas, la brûlure est produite, soit par un acide, soit par un liquide bouillant ;

b) Cinq fois une piqûre ou une excoriation de la peau. Dans le cas de Doutrelepon, la malade se piqua sous l'ongle du pouce gauche, avec une

aiguille qui ne fut pas extraite. Dans le cas II de Janovski et Mourek, la malade qui fauchait de l'herbe se piqua avec sa faux à un doigt de la main gauche. Dans le cas III des mêmes auteurs, le malade attribue sa maladie à la piqure d'une mouche sur le dos de la main gauche.

Nous retrouvons dans l'histoire de notre premier malade, la relation d'une blessure qu'il se fit trois mois avant l'éruption, à la racine de l'annulaire avec une bague de laiton qu'il portait habituellement.

Notre deuxième malade nous raconte également que plantant un échalas, celui-ci se brisa. L'un des fragments vint violemment heurter la face postérieure du bras droit, produisant une écorchure qui se cicatrisa d'ailleurs normalement. Quinze jours après, le premier bouton apparut ;

c) Trois fois la misère physiologique (3 cas d'Eichhoff).

Enfin, il est des cas (Boeck, Kopp, Demme, Rothmann, Renatu, Janovski et Mourek, cas I), dans lesquels on ne trouve rien pour expliquer la maladie.

Il faut reconnaître que les éléments étiologiques sont totalement insuffisants pour assigner une étiologie précise à cette affection. Nous allons donc nous aider des données cliniques et des résultats anatomo-pathologiques, pour chercher quelle est sa pathogénie la plus probable.

Est-ce une maladie parasitaire ? Quelques auteurs sont de cet avis.

Dans trois cas d'Eichhoff, celui-ci examina le contenu de la vésicule gangréneuse au microscope

et trouva à côté de cellules du pus, une sorte de champignon parfaitement définie, qui ressemblait, comme dimensions et comme aspect, au tricophyton tonsurans avec mycelium très abondant.

Mais dans la suite, de nombreux auteurs ont recherché ce parasite, et leurs recherches sont toujours restées vaines.

Demme ne rencontre pas le champignon d'Eichhoff, mais il décrit un microbe spécifique, qui se trouvait dans les eschares gangréneuses. Nulle part ailleurs cependant, on ne relate ce bacille et il est bien certain que son existence est plutôt hypothétique.

Rotter a trouvé des bacilles gros et courts se rapprochant, par leur longueur, de celui de la morve ; inoculés au lapin ou à l'homme, ils ont provoqué des pustules et la gangène.

Ces expériences n'ont pas été reprises par un autre auteur.

Une question qui mérite d'être examinée très soigneusement, est celle de l'origine infectieuse de la maladie.

Disons de suite que nous nous rattachons à cette opinion.

Les raisons qui plaident en sa faveur sont nombreuses, et nous nous proposons de les exposer méthodiquement.

Et d'abord, il est digne de remarque que l'on rencontre très fréquemment à l'origine de l'affection, une blessure quelconque (brûlures et piqûres principalement). Le plus souvent, les malades ne rela-

tent l'accident que lorsque l'on insiste beaucoup, car, pour eux, il n'y a aucun rapport entre leur maladie actuelle et la blessure antérieure.

D'ailleurs, l'intervalle de temps qui sépare la blessure de l'apparition de l'affection est très variable. Il varie de quelques jours (cas de Dou trele pont — notre deuxième cas) à deux mois, (Bayet), trois mois (notre premier cas) et même dix mois (Hebra). Dans la plupart des observations, nous ne trouvons pas d'indications précises à ce sujet.

L'évolution de l'affection est encore une excellente preuve de sa nature infectieuse. Dans tous les cas, sans exception, elle procède par poussées. Les territoires cutanés sont successivement envahis d'une manière progressive, mais la marche de cet envahissement présente des irrégularités telles qu'il est impossible d'être fixé sur la voie prise par le germe infectieux, pour se propager.

L'observation de notre premier malade est absolument typique à ce point de vue. Le patient a d'abord une légère ulcération au pli digito-palmaire gauche. Puis, l'éruption se montre à la lèvre supérieure, à la lèvre inférieure, toujours à gauche et enfin, près de l'œil droit.

Ensuite, on assiste à un envahissement des membres, du thorax, du cuir chevelu, des fesses. Puis l'affection se montre au bras gauche et à l'oreille, revient au cuir chevelu et descend au scrotum et à la verge et, finalement, fait son apparition au dos et à l'avant-bras.

Cette évolution par poussées est donc un carac-

tère essentiel et tout à fait remarquable de la maladie.

De plus, très souvent, chaque poussée est accompagnée de tout un cortège de phénomènes plus ou moins bruyants, identiques à ceux qui se rencontrent dans les maladies infectieuses.

En premier lieu, nous trouvons relatée la fièvre. — Elle est plus ou moins élevée, mais on l'a vue atteindre 41° (cas I de Janovski et Mourek). Elle se maintient jusqu'à ce que l'éruption apparaisse, puis elle cesse; quand elle revient, on peut être à peu près certain qu'une nouvelle poussée se prépare. Chez notre premier malade, cette coexistence de la fièvre et d'une nouvelle poussée est toujours notée. Les accès durent cinq ou six jours en moyenne.

La céphalée précède aussi souvent les poussées. Chez notre premier malade, lors de la première poussée, apparurent des maux de tête continus et extrêmement violents, obligeant le malade au repos. Ces douleurs durent cinq jours, s'atténuent et disparaissent, mais en même temps se montre la première poussée.

Toutes les suivantes sont accompagnées de la même céphalée très intense, et durant jusqu'à trois semaines.

Tous les traitements employés: antipyrine, bromure, iodure, mercure à forte dose, ne parviennent pas à l'enrayer. Seule la phénacétine a donné un excellent résultat.

Dès que la poussée est installée, les maux de tête

cessent pour ne réapparaître qu'à la suivante, de sorte que notre malade prévoyait ses accès d'après ce caractère.

Très souvent, des adénites se montrent en même temps que les poussées. Dans l'observation de Hallopeau, on trouve notée une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne et une adénite axillaire suppurée. Mais l'observation de notre premier malade est absolument remarquable à ce point de vue et mérite de nous arrêter un instant.

Cet homme, qui n'avait jamais eu de « glandes » s'aperçoit d'une enflure douloureuse de l'aisselle droite. La palpation lui fait reconnaître la présence de deux ou trois grosseurs, du volume d'une grosse noisette. Cette adénite ne suppura pas et dura une huitaine, moment où débuta la première poussée.

La deuxième poussée fut accompagnée d'une adénite sous-maxillaire, douloureuse, avec ulcérations profondes des amygdales. Puis nous trouvons notées au fur à mesure des poussées, une adénite mastoïdienne énorme, une amygdalite suppurée et enfin une épidydimite douloureuse.

Nous insistons encore une fois sur ce fait, que la céphalée et les adénites diminuaient, lorsque les efflorescences apparaissaient.

Quelle est la nature de l'agent infectieux, et comment cette infection se propage-t-elle ?

Comme nous nous l'avons déjà dit, certains auteurs ont décrit des champignons et des microbes spéciaux qui n'ont jamais été retrouvés par d'autres observateurs.

Toutes les analyses bactériologiques faites, dans les cas autres que ceux précédemment cités, et qui sont beaucoup plus nombreuses, constatent que les microbes trouvés, sont des microbes banals (streptocoques et staphylocoques) en plus ou moins grande quantité.

Il est très probable, que l'infection se propage par auto-inoculation. En effet, dans l'observation de Hallopeau et dans la nôtre, on a vu apparaître des plaques gangréneuses aux places où avaient été pratiquées des biopsies.

Nous concluerons que l'étiologie de cette maladie, bien que présentant encore plusieurs points obscurs, permet de faire de cette affection une maladie infectieuse banale se propageant très probablement par auto-inoculation.

DIAGNOSTIC

Si la première efflorescence est unique, si elle est accompagnée de fièvre, on peut songer à une pustule maligne. Dans notre cas, la localisation à la face du premier bouton et l'intensité des phénomènes généraux avaient un instant éveillé cette idée. L'apparition rapide des autres plaques l'écarta sans peine.

Limitée à une seule région, l'éruption ressemble à un zona gangréneux ou à une tropho-névrose zostérisiforme, nom donné par M. Hallopeau à cette maladie, dans sa première présentation (1894). Les poussées consécutives, la dissémination des lésions sans ordre, sur les territoires les plus éloignés, n'est pas compatible avec l'idée d'une tropho-névrose ou d'une affection limitée à un territoire nerveux.

La limitation à la face de l'affection pourrait encore faire songer à une éruption nécrotique, d'origine folliculaire, bien étudiée par Boëck sous le nom d'acné nécrotique, dont le siège ordinaire est la lisière des cheveux, la racine du nez, les sillons nasaux, la région acnéique en général. La lésion

débute uniformément par une petite pustule centrée d'un poil ; il y a, en certains cas, de la rougeur et de la gangrène centrale consécutive. C'est une affection d'ailleurs rare, limitée à la face et n'ayant jamais le degré d'extension du centre gangréneux.

En pareil cas on a souvent incriminé l'hystérie. Trop souvent même, car nous avons trouvé dans le mémoire de Janovski et Mourek quelques cas où l'étiologie hystérique paraissait univoque à défaut de toute autre. On doit rechercher soigneusement les stigmates et toute autre manifestation possible de l'hystérie. De plus le caractère des plaques n'est pas le même. La plaque est hystérique de premier abord livide, exsangue, blanche, insensible à la piqure, puis secondairement se fait la séparation, le sillon éliminateur, l'eschare, à moins que tout ne rentre auparavant dans l'ordre. On ne retrouve pas l'allure inflammatoire et echantymateuse, croûteuse des lésions que nous allons étudier.

Il ne s'agit pas de misère physiologique. Les malades sont en général de solides gaillards, que plusieurs mois de poussées gangréneuses ne parviennent pas à affaiblir et qui jouissent dans les intervalles d'une santé excellente.

L'examen des urines élimine le diabète.

L'ensemble des lésions évoque surtout l'idée d'echtyma syphilitique. La guérison centrale des vieilles plaques, leur circination, les infiltrations tuberculeuses de la périphérie sont autant d'indéniables points de ressemblance. Quelques spécialistes étrangers auxquels le malade a été montré

n'ont, d'ailleurs, pas hésité à le qualifier de syphilitique, malgré l'absence absolue des antécédents rigoureusement fouillés. Nous croyons même que le nombre des gangrènes echtymateuses primitives de la peau augmentera considérablement le jour où on ne les fera plus systématiquement spécifiques.

Quoiqu'il en soit, l'évolution n'est pas celle des syphilides, malgré leur spontanéité et leur indolence relative ; les poussées précédées et accompagnées de phénomènes fébriles, de céphalée, d'engorgements ganglionnaires douloureux ou suppurants, d'inflammation de diverses glandes, indiquent une infection toute autre que la syphilis. De plus, il est fort rare de voir des syphilides persister pendant deux ans avec ce même caractère de plaque gangréneuse et une évolution aussi systématique dans ce sens. Que quelques echtymas syphilitiques se gangrènent, le fait n'est pas une rareté ; mais la durée de l'éruption, le nombre des éléments nécrotiques, l'uniformité de leur évolution, ne se retrouvent pas dans la syphilis.

En somme, sans nier des points nombreux de ressemblance objective qui existent entre ces deux affections, nous croyons qu'en présence de plaques inflammatoires ou gangréneuses, infiltrations ou echtymas disséminés, on doit rigoureusement suivre l'évolution des poussées et connaître les phénomènes concomitants, avant d'affirmer l'origine syphilitique. Le traitement mercuriel pourra être essayé. Chez nos malades, il n'a jamais donné de résultats.

TRAITEMENT

Les traitements généraux n'ont donné aucun résultat précis.

Les mercuriaux, l'iodure de potassium, l'arsenic sont restés sans résultats ou, du moins, n'ont rien changé à l'évolution normale de l'affection. L'antipyrine n'avait pas d'influence sur les phénomènes généraux, la phénacétine réussissait mieux. En somme on s'est toujours borné au traitement du symptôme. Pansements humides, pendant la période de formation de la croûte ou de l'eschare. Celle-ci détachée, lavage avec une solution antiseptique ou astringente, et cautérisation au chlorure de zinc ou au nitrate jusqu'à ce que le fond soit détergé et bourgeonnant. Dans les cas ordinaires, l'ulcération s'arrête; quelques pansements poudrés ou quelques carrés d'emplâtre de Vigo, suffisent pour amener la cicatrisation.

Quelquefois la tendance destructive persiste après la chute de la croûte, surtout quand les soins ont été insuffisants ou que la localisation du mal facilite

l'extension (oreille, cuir chevelu, pli interfessier, etc.). Des soins quotidiens sont alors nécessaires, des cautérisations au chlorure de zinc, solution forte, 30 et 50 0/0, pendant cinq à six jours, suivis de pansements humides au sublimé, jusqu'à ce que les bords arrêtent leur marche intensive et que le fond se couvre de petits bourgeons rouges. Une poudre quelconque achève le traitement.

Traiter les complications ganglionnaires et glandulaires.

OBSERVATION I

EICHOFF (1880).

Il s'agit d'un enfant de 3 ans qui était à la clinique pour un eczéma très étendu du visage et du tronc. Les places envahies par l'eczéma étaient très enflammées, le visage enflé et couvert de plaques d'eczéma. L'enfant était à ce moment bien nourri, pas cachectique.

Grâce à un traitement approprié, la guérison complète fut obtenue en trois semaines. Puis l'enfant partit de la clinique. A la maison, il ne trouva pas la bonne nourriture qu'on lui avait donnée pendant sa maladie. A partir de ce moment, le malade devint de plus en plus faible et, au bout de trois semaines, il revint à la clinique avec une éruption de boutons.

Eichoff constate, à l'entrée, des boutons rouge noir sur la peau du dos, en très grand nombre et de la dimension d'une lentille. Bientôt, apparurent des vésicules avec de la sérosité, qui séchèrent et laissèrent à leur place un ulcère.

Cet ulcère prit bientôt un caractère gangréneux et se recouvrit rapidement d'une croûte noire à la place de laquelle un ulcère se montra et atteignit le tissu conjonctif sous-cutané. Avec un traitement approprié ces ulcères guérirent, au bout de quelques jours, par la formation d'une cicatrice. Plus tard

se montrèrent de nouveaux ulcères gangréneux périodiques à la partie postérieure du corps.

Au bout de trois semaines le processus s'améliora et l'enfant put être congédié. A ce moment les ulcères étaient en partie cicatrisés, en partie fortement granuleux. Il n'y avait plus trace de gangrène.

Eichhoff a observé trois cas semblables.

L'auteur examina le contenu de la vésicule gangréneuse au microscope et trouva, à côté de cellules du pus, une sorte de champignon parfaitement défini, qui ressemblait comme dimensions et comme aspect au *Tricophyton tonsurans* avec du mycelium en grande abondance.

OBSERVATION II

César BOECK (Congrès de médecine de Christiania).

Le cas était celui d'un enfant de 10 mois, très bien portant, qui avait le dos, la poitrine, les parties velues du corps, particulièrement la nuque, les côtés de flexion des membres inférieurs, couverts d'une foule d'efflorescences pressées les unes contre les autres et présentant des états différents d'enflure.

Simultanément on put voir sur la peau plusieurs cicatrices de dimensions et de profondeur différentes qui se produisaient après les boutons.

Le début d'un foyer isolé d'efflorescence était le suivant. Il commence par un bouton rouge, un peu élevé, sur lequel apparaît rapidement une vésicule blanche. Cette petite vésicule ne creuse aucune cavité à proprement parler, mais plutôt, en règle générale, elle ne dépasse pas l'épiderme ramolli; de telle sorte que, au bout d'un temps éloigné, il est très difficile de recueillir une petite gouttelette de sérosité. Lorsque la vésicule atteint une taille déterminée, elle devient plane et commence à s'affaisser jusqu'au centre qui s'affaisse plus tard. Au centre même se montre une croûte brunâtre et, à ce stade, apparaît un foyer plus grand, d'une ressemblance frappante avec une pustule de vaccine au 9^e ou 10^e jour de son évolution, lors-

qu'elle commence à se dessécher, mais qu'elle n'est pas encore blanche à la périphérie.

La croûte s'élargit de plus en plus et recouvre le foyer en entier. Mais elle commence à tomber au bout de quelques jours, et on s'aperçoit qu'elle n'est pas uniquement formée de l'épiderme desséché, mais aussi que le tissu conjonctif est plus ou moins profondément gangréné, et qu'il sera éliminé par une suppuration commune.

Cette gangrène peut, comme dans ce cas où elle occupait la partie chevelue de la tête, détruire le périoste, de sorte que, forcément, une nécrose superficielle de l'os doit s'ensuivre.

Lorsque le foyer de gangrène est disparu, il arrive fréquemment un ulcus profond, avec des bords tranchants, taillés à pic, qui granule longtemps et guérit.

La plus grande expansion des foyers fut au sommet de la tête où l'on peut voir de nombreuses cicatrices d'un diamètre de 1 à 2 centimètres.

La guérison de la maladie arriva au bout d'un long temps, pendant lequel se montrèrent toujours de nouvelles poussées.

La maladie débuta — il y a six mois environ — par la joue droite, qui fut envahie par un très gros foyer, et sur laquelle on voit une cicatrice à peu près guérie, ronde, un peu excavée, de 1 centimètre de diamètre. Environ quatorze jours plus tard, la maladie envahit les parties pileuses du corps et le dos, et s'étendit de proche en proche dans toutes les parties nommées. La maladie n'avait aucune symétrie assez établie, pour qu'on puisse se demander si l'affection de la peau était sous la dépendance d'un trouble de l'innervation.

OBSERVATION III

DOUTRELEPONT.

Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans, forte, paraissant bien portante qui, jusqu'ici, n'avait eu aucune maladie de peau.

Le 1^{er} août 1884, elle se piqua sous l'ongle du pouce gauche, avec une aiguille qui ne fut pas extraite.

Quelques jours après cette blessure, apparurent au voisinage de la place lésée, les premiers vestiges d'une longue maladie, à forme de petites plaques de gangrène de la peau.

La maladie envahit la peau du dos de la main, de l'avant-bras, de l'épaule et du dos et plus tard, elle s'étendit à l'autre côté du corps, de sorte que presque toute la peau du corps était atteinte.

Aucune régularité ne fut notée dans la marche de l'éruption.

Les symptômes de la maladie sont décrits minutieusement dans les lignes suivantes : tantôt il n'y a pas d'hypérémie de la peau, tantôt il y en a une légère qui, cependant, cesse dans les derniers temps ; il se produit des picotements, une sensation pénible aux endroits où se fait l'éruption et qui sont mal limités, à contours circulaires ou ronds. Il se forme des places grisâtres, à surface plus ou moins ronde, des taches lenticulaires distinctes, d'une teinte plutôt jaunâtre.

Les foyers sortent d'un petit groupe pour former des efflorescences rondes.

Il n'y a jamais enflure de la peau, ni vésicules, ni papules, ni pustules aux endroits malades qui sont, fait à remarquer, au même niveau que la peau saine.

Très vite, après l'apparition de la plaque, se montre à sa limite, une ligne de démarcation, qui se compose d'un bourrelet hyperémié de quelques millimètres. Les lambeaux gangrénés de la peau prennent une teinte jaunâtre et tombent successivement et il reste un ulcère avec de petites granulations anémiques ; cet ulcère se cicatrise après un long temps, ou bien il arrive, comme nous l'avons surtout observé dans les derniers temps de la maladie, que la guérison se fait sous la croûte. La gangrène n'envahit toujours que la peau et ne prend pas la couche sous-cutanée.

Une recherche soigneuse des micro-organismes resta sans résultat.

OBSERVATION IV

(KOPP).

Il croit que son cas est identique à celui de Dautrelepont.

Il s'agit d'une malade de 25 ans, faible, qui tomba malade six mois avant que Kopp la vît.

L'affection est localisée au pli de l'avant-bras gauche. Le foyer est jaune brun, mesurant 4 centimètres de long sur un centimètre de large, insensible et ne saignant pas à la piqure.

Dans l'espace de deux semaines, les croûtes superficielles tombèrent et la base se recouvrit de granulations multiples et légèrement saignantes. Puis une cicatrice libre suivit ; dans cette cicatrice se trouvait une kéloïde.

Plus tard, Kopp eut l'occasion de voir un nouveau foyer avec les mêmes caractères sur la peau de la cuisse droite.

OBSERVATION V

! (DEMME.)

Cet auteur observa quatre cas d'érythème noueux avec purpura. Deux s'accompagnaient de gangrène de la peau des parties affectées.

Demme croit qu'il s'agit d'une maladie infectieuse, puisque, parmi les quatre, trois concernaient des frères et sœurs.

Demme aurait même réussi à cultiver un bacille spécifique provenant du contenu des bulles, et qui se trouvait dans les eschares gangréneuses.

Cet auteur en déduit que la gangrène serait produite par des micro-organismes.

OBSERVATION VI

(HUTINEL. — Publiée par le Dr Paul GALLOIS).

M. . . , 3 ans 1/2. Fillette bouffie, pâle, au teint blafard. Entrée, le 3 mai 1889, pour ulcérations aphteuses suspectes des lèvres. Leur aspect fait penser à la syphilis, mais rien ne justifie cette hypothèse.

L'enfant est née à terme, a été nourrie au biberon et a commencé à prendre des soupes à partir de 4 mois. Il y a trois mois, elle était déjà en mauvais état; elle avait le ventre gros,

une marche pénible. Il y a un mois, elle présenta de la diarrhée avec selles blanches, fétides, durant vingt jours. Depuis huit jours, les lèvres sont fendillées, croûteuses et on voit une petite ulcération derrière l'oreille. Des croûtes brunâtres se trouvent sur la lèvre inférieure. Rien à la gorge. Sur le ventre et le dos, taches pigmentées, circonscrites, qui sont dues à un impetigo ancien. Traitement local. Naphtol.

Le 19, on voit apparaître de petites pustules sur les fesses; le 20, on voit des élevures de la peau surmontées d'un plateau noirâtre, rappelant le sphacèle et du diamètre d'un petit pois. Le 23, eschare de la dimension d'une pièce de 1 franc. Pulvérisations boro-phéniquées. Pansement au salol. Le 25, la gangrène gagne toujours. Le 27, sur la fesse droite, on trouve après la chute de l'eschare, une large ulcération mesurant trois centimètres de long sur deux de large, profonde, taillée à pic. Tout autour s'en trouvent d'autres plus petites. On en rencontre encore sur la fesse gauche, dans l'aisselle, à la vulve, aux doigts de la main gauche et en divers autres points.

L'enfant guérit lentement.

OBSERVATION VII

(ROTHMANN. — Congrès de Berlin pour la Médecine interne, 1890.)

Malade de 64 ans, bien portante jusqu'ici, qui, en décembre 1889, eut des démangeaisons au mollet gauche, où se montra une macule rouge, puis de nouvelles macules circonscrites dont la surface devint noire plus tard.

Dans la suite, il se montra des foyers semblables au mollet droit. La croûte se dessécha, devint noire et tomba. L'affection guérit par le processus habituel des granulations, mais sans cesse apparaissaient de nouveaux foyers gangréneux.

OBSERVATION VIII

(RENAUT.)

Dans ce cas, les foyers gangréneux se montrèrent sous forme de boutons d'urticaire, avec prurit, et occupèrent différentes places.

Renaut nomme l'affection « urticaire gangréneuse ».

OBSERVATION IX

(HEBRA. — Société de Dermatologie de Vienne.)

Gangrène spontanée à l'avant-bras gauche. La malade se brûla dix mois avant, une partie de l'avant-bras. La brûlure guérit avec cicatrice rétractile.

Sans cause connue, la malade se vit couverte subitement au bout de dix mois, à différentes places de son bras gauche, de foyers rouges où la peau était gangréneuse.

OBSERVATION X

(BAYET.)

Ce cas se rapporte à un jeune homme de 19 ans qui, deux mois avant s'était brûlé avec de l'acide sulfurique l'avant-bras gauche. La brûlure était superficielle et guérit en douze jours.

Après cet accident, des plaques se montrèrent à l'extrémité inférieure gauche. Sensibilité à la brûlure et à la piquûre. La guérison survint.

Aux endroits guéris se montrèrent souvent des vésicules séro-sanguinolentes.

Dans chaque cicatrice isolée se trouvait un Kéloïde.

La simulation doit être rejetée.

OBSERVATION XI

ALTÉRATIONS GANGRÉNEUSES ET NÉCROTIQUES MULTIPLES ET UNILATÉRALES DE L'EXTRÉMITÉ CÉPHALIQUE.

(Par H. HALLOPEAU et LE DAMANY. — Ann. de Dermat., 1894.)

La nommée B..., couchée au numéro 22, salle Lugol, a eu autrefois des angines phlegmoneuses à répétition et peut-être des angines herpétiques, mais depuis une dizaine d'années,

ces accidents pharyngiens ne se sont pas produits. Il y a trois ans, elle eut sur la moitié gauche de la face cutanée de la lèvre supérieure, près du bord cutané-muqueux, un bouton qui dura environ trois semaines. Elle en ignore la cause et ne peut donner sur sa nature aucun renseignement. Elle n'a pas remarqué s'il y eut ou non de l'adénopathie concomitante dans la région sous-maxillaire correspondante. Cette lésion a laissé après elle une cicatrice facilement visible, demi-circulaire, large de 6 millimètres, blanche et déprimée.

Pendant l'hiver suivant, elle eut aux cous-de-pied de petites ulcérations recouvertes de croûtelles et qu'elle attribua au froid.

Dans ces régions persistent quelques cicatrices blanches, mais non déprimées. Depuis, elle a eu sur le corps et surtout sur le cuir chevelu, des boutons qui se recouvraient également de croûtes et qui ont également laissé quelques cicatrices sur la partie supérieure du thorax.

Il y a dix-huit mois, elle eut dans la région sous-maxillaire droite un abcès d'origine probablement ganglionnaire. Il fut incisé à l'hôpital St-Louis et guérit en trois semaines. Lors de l'entrée de la malade, on voyait à cet endroit une cicatrice linéaire, saillante, parallèle au bord du maxillaire inférieur.

Son mari est mort, dit-elle, de tuberculose pulmonaire. Elle a eu quatre enfants, trois sont morts d'affections dont la nature n'a été que mal déterminée, l'un à dix-sept jours, les deux autres à cinq mois. Il lui reste une fille âgée de 14 ans et qui n'a eu aucune maladie.

Son dernier accouchement remonte à 11 ans. Elle n'a jamais eu d'avortement. Les accidents cutanés qu'à présentés cette femme ont fait songer d'abord à la possibilité d'une syphilis; mais des recherches pratiquées dans cette voie n'ont pas confirmé cette manière de voir. D'autre part, son état général a toujours été très bon.

L'affection pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté au milieu du mois d'octobre (trois semaines avant son entrée), sous la forme d'un petit bouton. Le sommet de ce bouton s'est rapidement recouvert d'une petite croûte, pendant que la base s'élargissait et se tuméfiait. Son siège initial était la partie inférieure de la joue droite. Les dimensions de la croûte

et celles de la tuméfaction sont allées en augmentant progressivement et la malade a éprouvé des douleurs contusives assez violentes.

Elle vient à la consultation le 22 octobre et des pansements à l'huile phéniquée lui furent prescrits. Huit jours après, ils furent remplacés par des pansements boriqués humides que la malade abandonna bientôt pour les cataplasmes.

Sous l'influence de ces pansements, la croûte tomba, mais vers le 2 novembre, l'ulcération mise à découvert, prit une coloration noirâtre pendant que le gonflement continuait à s'étendre.

A peu près en même temps, la malade commença à éprouver quelques douleurs dans la bouche et la gorge.

En examinant cette femme le 6 novembre, on constate un gonflement assez considérable de la partie inférieure de la joue droite.

Ce gonflement s'avance jusqu'à la ligne médiane, au-dessus du menton et empiète assez largement sur la région sus-hyoïdienne latérale. La partie centrale de cette tuméfaction est formée par une eschare noire, de forme irrégulière, insensible à la piqure, mate à la percussion et par conséquent peu épaisse.

Autour d'elle, une dépression qui l'entoure complètement marque, d'une manière nette, les limites de la partie mortifiée. Le fond de ce sillon est recouvert de pus ; sa partie externe est formée de bourgeons charnus.

Plus en dehors, on voit une large zone rouge à limites peu nettes.

Le palper révèle l'existence d'une induration très étendue, assez profonde. Les limites de cet empâtement correspondent à peu près à celles de la rougeur ; son diamètre est de 6 à 7 centimètres.

Il n'existe pas d'engorgement des ganglions cervicaux, ni même de ceux qui siègent dans la région sus-hyoïdienne du côté malade. Sur le cuir chevelu, on voit dans la partie postérieure, près et à droite de la protubérance occipitale une croûte brunâtre, plate, d'un diamètre de 8 millimètres, légèrement déprimée, circulaire. Elle repose sur une base saillante qui donne au doigt une sensation d'induration en même temps que d'épaississement des téguments.

À droite de cette lésion, plus près de l'oreille, on en voit une autre, de dimensions un peu arrondies, mais présentant, par ailleurs, les mêmes caractères. Dans la partie supérieure de la région glabre rétro-auriculaire droite apparaît une lésion analogue aux deux précédentes ; une petite croûte gris jaunâtre, large de 2 millimètres, forme le sommet d'une saillie rouge, à limites plus nettes, plus sensible au toucher qu'à la vue.

Derrière le lobule de cette même oreille, près d'une petite tumeur hémisphérique de date ancienne, il s'est formé, il y a quelques jours, une légère saillie accompagnée également de rougeur. Par le palper, on voit qu'elle est due à une infiltration du derme et peut-être du tissu cellulaire sous-jacent, car on trouve là une masse indurée, du volume d'un gros haricot, qui fait corps avec le derme. La surface de cette saillie est plane, uniformément rouge, lisse, ne présente aucune altération de l'épiderme. Cette induration a un diamètre de 15 millimètres.

Les douleurs éprouvées par la malade dans la bouche et la gorge sont liées à la présence de deux lésions qui ne sont pas sans quelque analogie avec celles que nous avons décrites plus haut.

Sur la voûte palatine, près et à droite du raphé median, il y a une plaque blanche, formée de détritits blanchâtres dont l'aspect rappelle un peu celui d'une fausse membrane ; sa forme est ovale, allongée dans le sens antéro-postérieur. Elle est comme enchassée dans une saillie périphérique de la muqueuse, qui est tuméfiée, rouge et indurée.

En arrière et à droite de cette ulcération, entre le pilier antérieur de l'amygdale droite et la luette, on voit une autre lésion, présentant les mêmes caractères que la précédente, mais de dimensions plus considérables, allongée parallèlement au pilier de l'amygdale. Une friction faite sur ces plaques avec un pinceau, n'arrive pas à détacher les détritits blancs qui les recouvrent ; ils sont donc adhérents aux couches sous-jacentes. Le fond de la gorge présente une rougeur assez intense généralisée.

Sur la partie supérieure du thorax, près de la fourchette sternale, s'est développée récemment une papule rouge, saillante, dont le centre est un peu déprimé et la surface légèrement squameuse.

Le reste de la surface cutanée est absolument normal ; on y voit seulement les cicatrices que nous avons signalées plus haut.

Les douleurs sont, en ce moment, très modérées.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'état général est excellent.

Traitement : pansements boriqués humides ; solution arsénicale : 0,10 p. 300, trois cuillers à café.

9 novembre. — Peu de modifications se sont produites pendant les trois jours précédents. Elles peuvent se résumer en quelques mots : augmentation de l'étendue de quelques-unes des lésions.

L'eschare du menton s'est un peu agrandie ; elle mesure actuellement 16 millimètres transversalement sur 22 verticalement. La zone inflammatoire qui l'entoure a peu augmenté.

La lésion située derrière la partie supérieure de l'oreille droite est aujourd'hui représentée par une papule indurée de 1 centimètre de diamètre. La partie centrale est devenue une excavation large de 3 millimètres ; c'est une ulcération dont le fond est recouvert de détritits grisâtres.

L'induration qui siège derrière le lobule de cette oreille ne s'est pas modifiée et ses dimensions sont les mêmes. Pareillement, les deux lésions du cuir chevelu n'ont pas changé. La papule du thorax présente aujourd'hui une mince croûte. Le malade affirme qu'il n'y a jamais eu de vésicule.

En dedans de l'ulcération que nous avons décrite sur l'isthme du gosier, entre le pilier antérieur de l'amygdale et la luette, se sont développés d'autres points blancs du volume d'un grain de millet, échelonnés verticalement. L'épithélium ne semble pas détruit à leur niveau. Comme précédemment, une friction avec un pinceau ne fait pas disparaître ces points blancs.

Le 12. — La lésion principale (joue droite) a considérablement augmenté d'étendue. L'eschare centrale mesure actuellement 4 centimètres dans le sens vertical, et 3 d'avant en arrière ; elle s'est étendue en bas et en avant vers la région sous-maxillaire par l'addition d'une nouvelle plaque qui se continue avec la première. Dans cette partie inférieure, l'eschare n'est pas encore circonscrite par un sillon de séparation.

En dehors de l'eschare, le derme est dénudé sur une surface plus large que précédemment ; en bas et en arrière, autour de cette zone dénudée, on voit un demi-anneau au niveau duquel les téguments ont une couleur violacée ; l'épiderme est plissé, la sensibilité obtuse.

La rougeur inflammatoire est nettement limitée en bas et en avant ; mais en haut et en arrière, elle s'avance sans limites nettes, jusqu'au voisinage de l'oreille.

L'empâtement a considérablement augmenté ; il a envahi une grande partie de la région sus-hyoïdienne droite et le tiers inférieur de la joue droite. Son étendue est de 7 à 8 centimètres d'avant en arrière, et de 9 centimètres de haut en bas.

En passant le doigt dans le sillon bucco-gingival, on peut constater que le maxillaire inférieur et son périoste sont indemnes.

Les lésions buccales paraissent en voie d'amélioration.

L'antérieure s'est un peu élargie, mais son fond se déterge et prend une coloration rosée. La postérieure montre seulement une ulcération superficielle rouge et, en dedans de celle-ci, quelques points blancs, du diamètre d'un grain de mil.

L'ulcération rétro-auriculaire conserve les mêmes caractères mais son diamètre a doublé.

Les lésions du cuir chevelu ne se sont pas modifiées. Sur le corps et les membres viennent d'apparaître de nombreuses lésions papuleuses et papulo-vésiculeuses.

On voit, en effet, une papule, du volume d'une lentille, de coloration rosée, à surface lisse au niveau de la clavicule gauche ; une autre dans la région épigastrique.

Au niveau de la fourchette sternale, sur la partie sus-mamelonnaire du sein gauche, sur la partie sous-mamelonnaire des deux seins (partie qui est en contact avec la paroi thoracique), au niveau de l'omoplate gauche, on voit de toutes petites pustulettes, reposant sur une minime aréole rouge, un peu papuleuse.

Sur l'abdomen, sur les cuisses, on voit quelques éléments analogues.

Il y en a aussi sur la région sacrée et sur les deux joues ; mais ici la papule rosée est surmontée, non d'une pustulette,

mais d'une vésicule extrêmement petite à la face, plus grande à la région sacrée.

Le 10, la papule de la région sternale présente en son centre une petite ulcération à fond sanieux obturée par une croûte.

Pansement à l'eau de vie camphrée.

Le 13, en dehors de la zone violacée qui aujourd'hui entoure presque complètement l'eschare, on voit une zone décolorée, pâle, au niveau de laquelle l'épiderme est particulièrement détaché, mais non sous forme de vésicules. A ce niveau la sensibilité est obtuse.

L'eschare mesure ce matin 4 cent. 5 d'avant en arrière et 4 verticalement. L'induration atteint actuellement 9 cent. verticalement et 7 transversalement.

La nodosité située en arrière de l'oreille mesure 15 mm. verticalement sur 12 d'avant en arrière. Elle présente par points la même décoloration que nous avons signalée autour de l'eschare.

Le détritit blanchâtre situé au fond de l'ulcération ne se laisse pas arracher par la pince et présente les caractères d'un bourbillon furonculaire.

L'asymétrie de la face n'est pas liée à une paralysie faciale, mais seulement à la tuméfaction; les contractions musculaires sont conservées des deux côtés.

L'eschare continuant à s'agrandir, une cautérisation circulaire est pratiquée ce matin sur les limites de la tumeur avec le thermo-cautère. Quelques pointes de feu sur le menton.

Le 15, l'escharification ne s'est pas étendue; l'induration a diminué, les progrès de la gangrène semblent enrayés.

Le 16, l'eschare n'a pas grandi, mais autour d'elle, immédiatement en dehors du sillon d'élimination, l'épiderme s'est soulevé et forme une bande irrégulièrement circulaire, d'un centimètre de largeur, une sorte de couronne. Sous l'épiderme décollé, il y a un peu de sérosité incolore. En dehors de cette zone, les téguments ont une coloration violacée; leur vitalité paraît compromise; leur sensibilité est obtuse. Le gonflement augmente d'étendue; il dépasse actuellement la

ligne des cautérisations. Les autres lésions conservent le même aspect.

Le 17, l'état général, satisfaisant jusqu'à ce moment, s'altère; la température atteint ce soir 39°4; l'anorexie est complète. Ce matin on a injecté 1 cm. 5 d'une solution à 1 1/2 p. 100 d'acide phénique en sept piqûres. Pansement humide à l'eau boriquée.

Le 19, hier et aujourd'hui la température est descendue à 38°2, puis à 37°5 sans exaspération vespérale. Nouvelle injection de la solution phéniquée : 3 centimètres cubes en six piqûres.

Dans la soirée les urines sont devenues noires.

L'eschare mesure actuellement 6 cm. 5 d'avant en arrière et 4 de haut en bas. Elle a donc progressivement augmenté d'étendue. La partie centrale s'est détachée et, à la place qu'elle occupait, on voit une surface blanche, formée de détritux putrilagineux. En haut, le processus gangréneux s'est arrêté, l'épiderme décollé s'est exfolié, la coloration des téguments est rosée, d'un bon aspect. Au contraire, en bas et en dedans, ils ont une coloration violacée; l'épiderme reste décollé, soulevé par de la sérosité; il n'y a pas de sillon d'élimination et l'eschare gagne de plus en plus. Le gonflement s'est accru considérablement. En haut il a gagné la paupière inférieure. En dedans et en bas, il dépasse la symphyse du menton et descend jusqu'au voisinage du sternum et de la clavicule. En arrière, il s'étend au-delà de l'apophyse mastoïde.

Les lésions du cuir chevelu persistent dans le même état. En soulevant les croûtelles dont elles sont recouvertes on trouve une ulcération présentant les mêmes traits que celle qui est située derrière l'oreille : fond blanc formé de putrilages, bords taillés à pic. Ce putrilage traité par la potasse et examiné au microscope contient des fibres élastiques.

L'ulcération de la voûte palatine est à peu près guérie; il en est de même de celles du voile du palais et du thorax.

Le 21, la coloration noire des urines a disparu. Nouvelle injection de 1 cc. de la solution phéniquée dans la partie postérieure et inférieure de la zone tuméfiée. Un pansement au naphthol camphré est appliqué sur les ulcérations; il détermine des douleurs assez vives.

Le 22, le pansement a un peu détergé la plaie, il est renouvelé. Pourtant la fièvre reparaît et la température monte à 39°4 le soir; la malade a quelques frissons et des nausées.

Le 23, même pansement. L'ulcération située derrière l'oreille est en voie de cicatrisation. Le fond est formé de bourgeons charnus et les bords se rapprochent. Les ulcérations du cuir chevelu ont subi les mêmes transformations (M. : 37°8; S. : 39°4).

Le 26, la température descend au voisinage de 38°. L'état général est meilleur. L'eschare de la joue droite s'est presque complètement détachée.

Il est à remarquer que cette eschare, malgré son étendue, est toujours restée peu épaisse et n'a guère atteint que le derme.

Le gonflement périphérique ne diminue pas.

Le 1^{er} décembre, la plaie, entièrement découverte, est formée de bourgeons charnus roses, elle est en voie de cicatrisation. Le gonflement s'est, en trois jours, énormément amoindri. Les pansements au naphthol camphré, trop irritants et douloureux, sont remplacés par des pansements iodoformés. La lésion retro-auriculaire est complètement cicatrisée. Les lésions du cuir chevelu sont représentées seulement par de petites croûtelles. La fièvre a complètement disparu. L'appétit renaît.

Le 4, l'amélioration locale continue; l'état général est aussi bon que possible.

Le 6, la fièvre s'allume de nouveau; la malade est atteinte d'un érysipèle qui a pour point de départ l'ulcération faciale.

Le 26, érysipèle guéri. Ulcérations en bonne voie de cicatrisation.

Un des faits les plus frappants de cette observation est la localisation des altérations tégumentaires à une moitié de la tête; c'est lui qui a conduit à poser, au premier examen, le diagnostic de zona gangréneux.

Chez la malade, l'éruption occupe plusieurs territoires nerveux.

Tous les autres caractères de l'éruption sont étrangers à la symptomatologie du zona. Il a été impossible de constater l'existence de vésicules; l'éruption cutanée paraît avoir été primitivement papuleuse.

D'autre part, les éléments éruptifs se sont, pour la plupart, développés isolément; les lésions ne présentent pas l'aspect polycyclique qui est un des caractères habituels du zona vulgaire.

Les douleurs névralgiques ont fait complètement défaut.

La gangrène massive à marche progressive intéressant le tissu cellulaire sous-cutané, est également étrangère à la symptomatologie du zona. Nous ne l'avons vu signalée nulle part.

Les autres ulcérations ont un caractère nécrotique avec progression excentrique qui est également un phénomène rare dans cette dermatose.

Les examens bactériologiques et les cultures ont donné des résultats absolument négatifs, au point de vue de l'hypothèse d'une infection charbonneuse.

Si nous considérons dans son ensemble l'histoire de cette maladie, l'hypothèse d'une tropho-névrose devient de plus en plus vraisemblable.

Depuis notre deuxième communication sur cette malade, de nouveaux faits nous ont conduits à une interprétation différente.

L'érysipèle dont nous avons mentionné le début le 6 décembre a envahi successivement toute l'extrémité céphalique et n'a définitivement rétrocedé qu'au bout de trois semaines. Peu après, la cicatrisation de la perte de substance provoquée par la chute de la grande eschare était complète et l'on pouvait croire que la scène morbide était terminée.

Il n'en était rien. Vers le milieu du mois de janvier, apparaît, dans le cas sus-claviculaire droit, une tumeur dure, circonscrite, arrondie, légèrement douloureuse. A son niveau, la peau rougit bientôt et la fluctuation est nettement constatée. C'est une adénite suppurée qui, après ouverture au bistouri, ne marche vers la guérison qu'avec une extrême lenteur.

Le 4 mars, l'incision pratiquée pour évacuer le pus, s'est transformée en une ulcération à fond grisâtre, d'aspect nécrotique; ses bords un peu saillants sont violacés, irréguliers. Par cette solution de continuité sort un peu de pus très fluide. Plus tard, au-dessus et au-dessous de la lésion précédente, se

produisent des papules rouges; elles se développent peu à peu; leur coloration est d'abord uniforme; leur centre devient ensuite d'un blanc jaunâtre; puis un léger décollement de l'épiderme se forme sur leur sommet. La partie centrale de ce décollement épidermique se transforme bientôt en une croûte jaunâtre. Si l'on vient à l'arracher, on voit qu'elle recouvre une petite ulcération assez profonde, d'un diamètre de trois à quatre millimètres dont les bords sont taillés à pic, et le fond est recouvert d'un détritus grisâtre putrilagineux.

Ces éléments, dont le diamètre varie de 6 à 9 millimètres, sont disposés de manière à former deux groupes, l'un supérieur en comprenant six, l'autre, inférieur, deux seulement.

Il existe, en outre, une papule isolée sur la partie supérieure et gauche du thorax et une autre sur la partie inférieure de la moitié gauche du cou.

Le 6, les lésions que nous venons de signaler ont un peu augmenté d'étendue. Toutes présentent au centre une croûte grisâtre assez épaisse, irrégulière, longue de 4 à 5 millimètres d'aspect nécrotique. Autour d'elle, existe une zone blanche qui paraît due en partie au décollement de l'épiderme, en partie à l'extension excentrique de la mortification superficielle des tissus. Plus en dehors, il y a un cercle érythémateux à limites plus nettes. La pression du doigt sur ces lésions fait disparaître momentanément la rougeur et provoque une douleur légère.

Au-dessous de la face antérieure de l'incisive latérale gauche, la muqueuse gingivale présente une petite ulcération de 3 millimètres de diamètre; le fond est blanc, tapissé d'un détritus, d'apparence pseudo-membraneuse.

Sur la face postérieure de la conque du pavillon de l'oreille gauche s'est développée depuis hier une légère tuméfaction, avec un peu de rougeur sans limites précises. La malade nous raconte enfin que depuis une dizaine de jours, elle sent au voisinage de l'anus une lésion assez douloureuse. En l'examinant, nous trouvons, à 2 centimètres en avant et à gauche de l'orifice anal, une ulcération qui mesure, d'avant en arrière, 25 cent. et en largeur, 1 centimètre. Les bords de cette ulcération sont taillés à pic. Le fond est formé de bourgeons saillants et de dépressions, recouvertes d'un exsudat blanchâtre. Les téguments sous-jacents ne sont ni tuméfiés ni indurés.

Le 8, les caractères de cette ulcération, ainsi que ses dimensions, se sont peu modifiées; mais à sa partie interne sont apparues deux nouvelles pertes de substance toutes petites; leur diamètre ne dépasse pas celui d'un grain de chénevis.

Leur fond déprimé est recouvert de pus. Ces lésions ne sont douloureuses que pendant la marche, et lorsqu'elles sont exposées aux frottements des parties voisines.

Le gonflement du pavillon de l'oreille gauche a augmenté; il s'étend aujourd'hui à toute l'étendue de sa face postérieure, et à la partie de la région mastoïdienne la plus voisine.

Au centre de ce gonflement au niveau de la partie moyenne de la conque, il est facile de sentir, par le palper, une induration du volume d'un haricot, qui fait corps avec le derme. D'autre part, dans la région mastoïdienne, il existe une petite vésicule qui repose sur une base légèrement acuminée.

Chacun des éléments décrits à la région cervicale a un peu augmenté d'étendue. Les croûtes centrales ont aujourd'hui 6 à 7 millimètres de diamètre. Leur couleur est jaune brunâtre.

Autour d'elles persiste un mince cercle décoloré. Deux des éléments du groupe supérieur sont devenus confluent; les croûtes, primitivement isolées, n'en forment plus qu'une seule.

Seules, les lésions du thorax et de la partie latérale gauche du cou ne se sont pas étendues.

Le 10, le gonflement de l'oreille a encore augmenté; toute la face postérieure, l'ourlet et presque toute la face antérieure du pavillon sont rouges, tuméfiés. La région glabre rétro-auriculaire présente les mêmes lésions. En ces points, surtout sur l'oreille, la région est douloureuse.

Sur la partie moyenne de la face postérieure du pavillon, la rougeur a une teinte livide, violacée, qui se confond progressivement avec la coloration érythémateuse avoisinante. C'est au-dessous que siège l'induration signalée plus haut. En ce point la sensibilité est légèrement émoussée.

L'ulcération anale ne s'est guère modifiée dans ses dimensions; elle est seulement un peu plus enflammée; autour d'elle il existe de la rougeur et le palper montre qu'au-dessous il y a un empâtement assez dur du tissu cellulaire sous-cutané. L'une des petites ulcérations situées en dedans de la grande est déjà cicatrisée; l'autre persiste, mais très petite.

Les lésions de la moitié droite du cou continuent à croître. Deux autres croûtes voisines se sont rejointes par un de leurs bords et n'en forment plus qu'une seule; dans le groupe supérieur, deux seulement sont encore isolées. Leurs caractères restent d'ailleurs les mêmes. Pourtant, au-dessous du groupe supérieur vient de paraître un peu de gonflement du tissu cellulaire sous-cutané, plus net au palper qu'à la vue.

Les deux éléments développés sur la moitié gauche du thorax et du cou sont en voie de guérison. Chacun d'eux constitue aujourd'hui une nodosité jaunâtre, dure, dont le centre est formé par une minime cicatrice et porte une très petite croûte. La rougeur a presque complètement disparu.

Le 11, la seule modification est l'apparition d'un léger engorgement d'un des ganglions superficiels de la région parotidienne gauche. On sent immédiatement au-dessous du lobule de l'oreille, de ce côté, une petite nodosité dure, mobile sous les téguments, un peu douloureuse à la pression.

L'état général reste bon, température normale.

L'examen bactériologique de la substance putrilagineuse, prise sous les croûtes de la région cervicale, ne nous a montré que des cocci colorés par la méthode de Gram, se développant très rapidement sur l'agar, sous forme de larges colonies blanches et ne liquéfiant pas la gélatine.

Ce dernier caractère nous permet de conclure que ce ne sont pas des staphylocoques malgré leur fréquente disposition en grappe, mais des micrococci banals de la peau (*micrococcus cereus*).

Le 13, tout le pavillon de l'oreille est tuméfié, d'un rouge violacé, plus chaud que les parties voisines, résistant au toucher. Vers le milieu de sa partie postérieure on voit une croûte, mesurant 1 centimètre verticalement, 5 millimètres transversalement, autour de laquelle la coloration est violacée. La pression à ce niveau est douloureuse.

La partie contigue de la peau au niveau de l'apophyse mastoïde est également tuméfiée et rouge dans un rayon de 1 centimètre.

Sur cette rougeur se détache, vers la partie moyenne du sillon une élevation plus considérable, mesurant 1 centimètre de haut sur 5 millimètres de large, ferme au toucher. L'épiderme

est plissé à son niveau et, semble-t-il, partiellement décollé. Cette rougeur se prolonge au-dessous du lobule, remonte au-devant du tragus au niveau duquel elle s'éteint. Ainsi se trouve constitué autour du pavillon, dans toute son étendue, sauf son quart supérieur, un bourrelet saillant d'environ 1 cent. 5 de largeur. Cette coloration rouge sombre disparaît sous la pression du doigt.

La saillie du côté gauche du cou mesure environ 1 centimètre de diamètre; elle est dure au toucher. Il est manifeste que cette induration occupe toute l'épaisseur de la peau.

Sa partie médiane est d'un rouge sombre sur une étendue de 7 millimètres et présente au milieu une croûte au-dessous de laquelle se trouve une cicatrice déprimée. Au-dessous, on voit une tache décolorée au centre, rouge à la périphérie, confluyente à la précédente, mesurant 4 millimètres de diamètre.

A droite, au niveau du bord antérieur du trapèze, se trouve un nouveau bouton du volume d'un gros grain de chènevis, dur, saillant, d'un millimètre, d'une coloration jaunâtre au centre, rouge à la périphérie.

Les ulcérations de la partie droite du cou se sont encore étendues. Elles mesurent maintenant pour la plupart 1 centimètre de long sur 5 à 8 millimètres de large. Une de ces ulcérations est recouverte dans la moitié de son étendue par la peau noire, desséchée, insensible à la piqure et présente, en un mot, les caractères de l'eschare sèche. L'autre moitié de cette ulcération et toute la surface des autres sont recouvertes de croûtes minces. A leur niveau, sensibilité atténuée.

Toutes ces croûtes sont entourées d'une zone pâle dans la partie interne, sur une largeur de 1 à 2 millimètres. Plus en dehors, il y a une rougeur sombre qui s'étend dans une étendue de 5 millimètres. Dans leur ensemble, ces lésions forment une plaque qui mesure 9 centimètres verticalement sur 3 transversalement. Entre les éléments de chaque groupe, il y a de la rougeur. On constate par le palper que toute l'épaisseur du derme est intéressée. L'ulcération gingivale est guérie.

Par ces nouvelles manifestations, ainsi que par ses localisations multiples, cette dermatose se sépare nettement des éruptions zostériennes et tropho-névrotiques dont nous avons

crû devoir la rapprocher; elle n'est plus, en effet, limitée à un territoire nerveux, et elle procède par poussées successives. Elle ne se rattache à aucun type morbide décrit jusqu'ici.

Il ne s'agit pas d'une acné nécrotique de Boeck; les localisations gutturales et buccales, la gangrène étendue de la face, l'adénopathie suppurée, l'ulcération anale, le gonflement massif de l'oreille, permettent d'éliminer cette affection; les boutons ne présentent pas d'ailleurs, les hémorrhagies signalées par Boeck, dans cette forme d'acné. Enfin, il ne s'agit pas d'acnés, car les boutons ne semblent pas siéger dans les glandes pilosébacées non plus qu'à leur voisinage.

Le diagnostic de syphilides ne saurait être soutenu en raison de la guérison relativement rapide d'une partie des ulcérations, particulièrement, de celles de l'anus et surtout, de l'ulcération progressive et destructive qui s'est développée au niveau de l'ouverture pratiquée dans le but d'évacuer le pus de l'adénopathie sus-claviculaire.

L'hypothèse la plus vraisemblable nous paraît être celle d'une maladie infectieuse se multipliant par auto-inoculation et donnant lieu à l'œdème simple ou gangréneux des parties atteintes; les examens bactériologiques ne nous ont montré cependant que des microbes banaux.

Nous résumerons dans les propositions suivantes, différentes en plusieurs points essentiels de celles que nous avons formulées précédemment les caractères de cette maladie.

1^o Il existe une dermatose caractérisée par le développement de boutons rouges au centre desquels il se forme après décollement de l'épiderme, une croûte jaunâtre; une ulcération sous-jacente à bords taillés à pic et tapissée d'un détrit grisâtre putrilagineux, s'accroît excentriquement jusqu'au moment où elle se cicatrise, lentement après élimination de la partie mortifiée.

2^o Les boutons peuvent subir des évolutions diverses: les uns restent superficiels et se cicatrisent rapidement; d'autres deviennent à leur surface le siège d'une eschare sèche et noire; d'autres gagnent en profondeur et s'accompagnent d'une induration marquée des lésions dans toute leur épaisseur; d'autres s'accompagnent d'un érythème induré qui peut s'étendre à

toute une région, devenir le phénomène dominant et aboutir à une mortification en masse.

3° Il survient concurremment des adénopathies qui suppurent et donnent lieu à des ulcérations qui peuvent également revêtir secondairement un aspect nécrotique.

4° Les boutons sont disséminés ou groupés en petit nombre ; ils affectent surtout l'extrémité céphalique ; ils se produisent également sur le devant de la poitrine et au voisinage de l'anus.

5° Les muqueuses buccales et gutturales présentent des lésions semblables.

6° L'hypothèse d'une tropho-névrose formulée précédemment, doit-être abandonnée.

7° L'interprétation la plus vraisemblable est celle d'une infection de nature encore indéterminée ; ses lésions peuvent se multiplier par auto-inoculation.

8° Il y a là un type, non encore décrit, de dermatose nécrotique.

Depuis notre dernière communication, divers phénomènes dignes d'attention se sont encore produits chez notre malade ; tels sont une inflammation érysipélateoïde du visage, le développement d'une ulcération nécrotique au niveau d'une biopsie faite en tissu sain et d'abord réunie par première intention ; l'évolution rétrograde d'un certain nombre de boutons, et en dernier lieu la cicatrisation de toutes les ulcérations.

Les altérations nécrotiques précédemment décrites, étaient en voie de cicatrisation lorsque, le 13 mars dernier, apparaît un gonflement léger de la paupière inférieure droite, en même temps qu'une coloration rouge foncée dans cette même région.

Le 16, ce gonflement augmente ; la rougeur s'étend ; du côté gauche, en un point symétrique, apparaissent des lésions analogues, mais d'abord passagères, car, dès le lendemain, elles tendent à disparaître.

Le 19, le gonflement du côté droit ainsi que la rougeur occupent non seulement la paupière, mais encore toute la partie antérieure de la joue droite et la partie correspondante de la lèvre supérieure ; en avant, ils s'avancent jusqu'au nez, en arrière,

ils disparaissent progressivement sans former aucun bourrelet, sans limites précises à 4 ou 5 centimètres de l'oreille.

Toute cette surface est d'un rouge sombre, sauf à la périphérie où sa nuance devient plus claire et se confond peu à peu, avec la coloration normale des parties voisines. Les ganglions correspondants ne sont pas engorgés.

Les symptômes généraux sont très modérés ; ils consistent en un léger embarras gastrique avec un peu de fièvre le soir.

Il se produit, en somme, sur la joue droite, des lésions de même nature que celles dont l'oreille gauche a été le siège précédemment et qui, aujourd'hui, sont en voie de disparition.

Cette affection n'a pas les allures d'un érysipèle ; d'ailleurs, l'examen bactériologique pratiqué à plusieurs reprises, a montré que, ni dans les tissus, ni à leur surface, il n'y avait de streptocoques.

Le 26, la moitié droite du visage est envahie par un œdème énorme qui en occupe toute l'étendue, depuis le front jusqu'à la région sous-maxillaire. La paupière supérieure a sa coloration normale, mais dans tout le reste de l'étendue du gonflement, la rougeur est intense, foncée. Au niveau de la cicatrice, qu'une cautérisation ignée a laissé sur la joue et qui, auparavant, était décolorée, la rougeur est plus vive et de nuance plus claire. Malgré le gonflement, la peau n'est ni lisse, ni luisante, mais, au contraire, rugueuse et comme chagrinée.

La paupière inférieure gauche est de nouveau envahie par un gonflement peu considérable, sans rougeur, qui s'étend à la partie supérieure de la joue gauche. Ce gonflement, apparu tout récemment, tend à augmenter avec une grande rapidité.

Le 29, la zone érysipélateïde occupe actuellement toute l'étendue de la face, à l'exception du front, du lobule nasal et de la lèvre inférieure ; elle est bilatérale, symétrique, et tel est le gonflement des paupières que la malade ne peut les écarter.

La rougeur reste foncée sur toute l'étendue du visage, à gauche comme à droite, sauf au niveau de la cicatrice mentionnée plus haut, où elle est vive, framboisée. Ni la rougeur, ni le gonflement ne présentent de limites nettes.

Le 6 avril, la coloration rouge des téguments a considérablement diminuée ; le gonflement de la lèvre supérieure, des

paupières supérieures et de la partie inférieure des joues a disparu. Il reste encore un gonflement assez considérable, non coloré, des paupières inférieures et un peu d'empâtement des parties voisines des joues.

Le gonflement si considérable et la rougeur si intense de l'oreille gauche est entièrement disparu. L'épiderme flétri s'est exfolié sous forme de fines squames. Les croûtelles qui existaient sur la face postérieure de la conque sont tombées, et aujourd'hui l'aspect de l'oreille est normal.

Les ulcérations de la région cervicale droite se sont peu à peu cicatrisées. L'une d'elles a été enlevée avec une petite zone de tissu sain, pour servir à l'examen anatomo-pathologique. Après une réunion par première intention à l'exception des points de suture, ceux-ci ont été envahis par un processus nécrotique qui, rapidement, s'est étendu à toute la plaie ainsi produite et l'a transformée en une large ulcération identique à celles qui existaient dans son voisinage; elle s'est fermée peu à peu, après avoir présenté pendant plusieurs jours un caractère destructif et s'être notablement étendue en surface et en profondeur.

De ces lésions, il ne reste plus aujourd'hui que des cicatrices rouges, déprimées, autour desquelles on voit un cercle jaunâtre, bistré, de largeur variable suivant les points, atteignant 1 centimètre par endroits.

Le 11, il persiste encore un léger gonflement des deux paupières inférieures, qui sont rouges et font une saillie notable. Dans leur voisinage, l'œdème a, à peu près, complètement disparu, bien que la rougeur soit encore assez vive. Les deux joues sont le siège d'une desquamation fine.

En somme, les lésions multiples qui, depuis plus de six mois, se sont succédées sans interruption, sont actuellement complètement guéries ou en voie de guérison; un certain nombre de boutons développés sur le haut du tronc ont disparu sans s'ulcérer.

L'état général de la malade est relativement satisfaisant; elle ne paraît présenter aucune tare constitutionnelle. La recherche du sucre dans l'urine a été inutilement pratiquée à plusieurs reprises; les phosphates sont en quantité normale et l'élimination des composés azotés est inférieure à la normale: urée, 11 g. 5; acide urique, 0 g. 437 par 24 heures.

OBSERVATION XII

(JANOVSKI et MOUREK. CAS I.)

Il s'agit d'une jeune couturière qui, en août 1890, fut prise d'une fatigue générale, avec douleurs à la tête et aux membres et accès de fièvre. Le médecin appelé constata 41° de fièvre et l'envoya à l'hôpital.

La patiente est de petite taille, de constitution faible ; sa peau est moite et rouge pâle ; sa langue est sèche. La patiente est somnolente. Les organes internes sont normaux ; la rate s'étend de la 8^e et 11^e côte. Dans les urines, rien d'anormal.

Au bras droit, quelques boutons surélevés avec une limite rouge.

Température ; 37°2.

Après deux jours, pendant lesquels la malade fut léthargique et où la température de 37°2 resta, la température s'éleva à 41°. Cette température élevée se maintint pendant deux jours et il apparut une éruption au côté droit du thorax, au dos, aux extrémités inférieures et, plus tard, aux autres extrémités.

Cette éruption simulait une variole. Les vésicules du bras étaient hémorrhagiques. La malade fut transportée à la division des varioleux.

Là, on constata une température de 40°2, le pouls faible très accéléré, la langue chargée. Au tronc et aux membres inférieurs on voit des boutons disséminés, rouges, circulaires, un peu saillants, avec une limite rouge bien accentuée. Sur chaque bouton se tenait une petite vésicule pleine d'un liquide filant, purulent et hémorrhagique. Les efflorescences avaient la dimension d'un kreutzer et devinrent ulcéreuses en majorité ; lorsque les vésicules se séchaient, une croûte brunâtre les recouvrait, qui tombait au bout de quelques jours et laissait un ulcère sanieux, qui ne s'enfonçait jamais au-dessous de la peau. Dans l'urine, ni albumine, ni sucre.

Jusqu'au 16 août, la fièvre resta aux environs de 39-40°, puis

avec le retour de la connaissance, la température du matin fut 37° et celle du soir élevée de 1 ou 2°.

Du 17 au 24 août apparurent en diverses parties du corps quelques furoncles.

A partir du 25 août, il n'y eut plus de nouvelles efflorescences.

Dans la région lombaire droite, à quatre doigts de la colonne vertébrale apparut un décubitus qui s'étendit si rapidement que le 2 septembre il avait les dimensions de la paume de la main d'un enfant. Les jours suivant se montrèrent quelques abcès à l'avant-bras droit, à la fesse droite et à la partie interne de la cuisse droite.

Le 8 septembre, la température qui, jusqu'à ce jour avait été normale monta à 38°6 puis à 39°2. La malade est très abattue, faible et somnolente. L'état général est critique. Aux poumons, symptômes de bronchite catarrhale diffuse.

Le 11 septembre, nouvelle éruption de petites efflorescences papuleuses, principalement à la poitrine et sur le dos, qui se transformèrent rapidement en vésicules et séchèrent. Sous la croûte gangréneuse apparurent des ulcères ayant les caractères déjà décrits.

Deci de là, apparurent jusqu'au 20 septembre de nouvelles efflorescences semblables.

A la fin de septembre, la malade fut transportée à la clinique des maladies cutanées où nous n'observâmes aucune nouvelle éruption de papules ou de vésicules gangréneuses.

L'état de la malade s'améliora grâce à une nourriture fortifiante et les ulcères et les abcès disparurent. Les ulcères guéris laissèrent une cicatrice pâle superficielle. La malade quitta la clinique le 3 novembre.

A l'examen bactériologique, on ne trouve pas le microbe spécial de Demme.

OBSERVATION XIV

(JANOVSKI et MOUREK. Cas II).

Notre cas concerne une femme de 51 ans qui fut amenée en 1892 dans la division des maladies cutanées.

La malade raconte dans les anamnésiques qu'elle sort d'une

famille saine, qu'elle a toujours été bien portante jusqu'à maintenant, mais qu'elle a toujours bégayé et pour cette raison n'a fréquenté l'école qu'à partir de 10 ans.

La menstruation s'établit à 20 ans et fut toujours régulière.

Il y a vingt ans, elle fauchait de l'herbe et elle se piqua avec la faux à un doigt de la main gauche.

On ne peut pas savoir de la malade, qui est très peu intelligente, si c'est par suite de remèdes de bonne femme avec lesquels elle avait soigné les phlegmons consécutifs, ou par suite d'un autre processus, qu'on fut dans la nécessité de lui amputer l'extrémité atteinte du bras.

Depuis le temps de l'opération jusqu'à ce jour se montrèrent sur la peau du corps « des bulles », qui restèrent localisées dans les espaces interdigitaux de l'autre côté.

Elles se montrent sans cause connue et sont de différentes dimensions. Les vésicules sont remplies d'une sérosité claire, se dessèchent et ensuite apparaissent des ulcères dont quelques-uns atteignent les dimensions d'un florin et guérissent très bien. L'éruption de ces efflorescences ne dérange pas du tout les occupations de la malade.

Les efflorescences qui parurent les premières nécessitèrent des soins médicaux pour guérir.

A son entrée à l'hôpital, on constate que la malade est de taille moyenne ; elle est en bon état ; son système osseux est faible et sa musculature est molle ; la peau du visage et des muqueuses est pâle ; les organes internes sont normaux.

Le visage démontre une intelligence rudimentaire. La moitié gauche du frontal montre sur le bord supérieur de l'orbite une petite cicatrice. La racine du nez est en forme de selle par suite d'une blessure que la malade se fit en tombant d'un gradin par terre. Strabisme divergent gauche, sursumvergent.

La pupille gauche est un peu étroite, mais la droite réagit normalement. Le fond de l'œil est normal. Les glandes ne sont nulle part enflées. La sensibilité de la peau, les réflexes cutanés et tendineux sont normaux. Rien dans les urines.

L'extrémité inférieure du bras gauche est amputée au lieu d'élection. Le moignon est tout à fait normal, mais en arrière, sur le triceps, on trouve trois cicatrices de la dimension d'une lentille, superficielles, mobiles, blanches. Dans la région deltoï-

dienne gauche, vers l'acromion, on voit un ulcère rond, irrégulièrement, long de 6 cent., large de 8 cent., avec des bords mal limités, formant bourrelet, une base malpropre, recouverte d'une croûte gangréneuse qui adhère très fortement à la base et qui n'atteint pas les bords. A la périphérie de l'ulcère se montre un liseré rouge de 1 cent. de large.

Dans le sillon inter mammaire se trouvent des vésicules et papules en groupes plus ou moins considérables sur des places rouges à côté de nombreuses excoriations qui, en partie, se recouvrent de croûtes, en partie suppurent. La peau est eczémateuse sur la poitrine à l'épigastre. Sur la partie gauche de la poitrine, dans le quart supéro-externe, on trouve des cicatrices de dimensions d'un pois, blanches, superficielles, qui viennent d'ulcères guéris et ont des caractères semblables à celles de l'acromion.

Après la chute des croûtes et la mise à nu de l'ulcère, nous fîmes un pansement iodoformé.

Des granulations se firent, sanieuses au début, avec tendance à tomber. Plus tard, lorsqu'on eût fait un pansement au chlorure de calcium, les granulations présentèrent un aspect vif.

Au douzième jour, après son entrée apparurent des frissons; la température monta à 40°4. Faiblesse générale. Rien aux organes internes.

Après quelques jours la fièvre tomba et ne réapparut plus. Ni pendant la fièvre, ni après celle-ci nous ne vîmes aucune nouvelle éruption à la peau.

Après la guérison des ulcères, la malade fut envoyée pendant un mois dans un asile de convalescence où elle guérit complètement.

Rien de particulier à l'examen histologique et bactériologique.

OBSERVATION XIV

(JANOVSKI et MOUREK. — Cas III.)

Joseph L.-V.-L..., 44 ans, marié. Il est issu d'une famille saine, chez laquelle il n'existait ni maladies héréditaires, ni acquises. Sa femme et ses enfants se portent bien.

Le malade n'est pas buveur et n'a jamais eu la syphilis; c'est seulement un assez grand fumeur.

Le malade remarqua sur la peau de son mollet droit une pustule à peu près grosse comme une lentille, un peu surélevée « avec une croûte noire ». La croûte se colla fortement, de sorte que le malade se crut guéri et ne pensa à aucune suite éventuelle.

Cependant quelques jours après, lorsqu'il eut passé une inspection soignée de sa peau, il trouva aux pieds, aux mains et sur le tronc des papules aplaties, de dimension d'une lentille, le plus souvent, mais non toujours circulaires, rouge pâle, peu saillantes, rénitentes. Elles grossissent le plus souvent, rarement elles avortent. Par une observation attentive, il vit que plusieurs d'entre elles disparaissaient après un certain temps, tandis que d'autres se recouvraient d'une croûte noire. Au visage, au cou, à la tête il n'y eut jamais de pustules. La marche de l'affection ne s'accompagna d'aucun phénomène subjectif (douleurs, prurit, etc.). Le malade attribua sa maladie à la piqûre d'une mouche sur le dos de la main gauche en août 1894.

A son entrée à la clinique, le malade est de haute stature, solide et bien portant, gras. Température : 37°4. Les poumons sont normaux; le cœur est à sa place normale et fonctionne bien. Rien d'anormal aux gros vaisseaux ni dans aucun organe. Les fonctions du système nerveux ne sont pas troublées. De chaque côté, léger strabisme convergent. A l'examen de l'appareil moteur, aucun trouble; réflexes tendineux normaux; tout au plus peut-on remarquer une légère contracture fibrillaire, surtout à la musculature de la cuisse (que l'on produit surtout au moyen d'un léger coup), mais qui est aussi, bien que rarement, spontanée.

On ne trouve aucun trouble de la sensibilité. Le sens du tact est normal, la sensation à la température, comme le sens musculaire, sont normaux. Point de douleurs spontanées. Le réflexe cutané est un peu exagéré; les réflexes de la glotte et crémastérien surtout sont exagérés; ceux des yeux, de la conjonctive et de la cornée sont normaux; les réflexes musculaires sont plutôt exagérés. Rien à l'examen électrique des mus-

cles et des nerfs. Rien dans les urines. Toutes les fonctions physiologiques sont régulières.

La peau du cuir chevelu, du visage, du cou, de la nuque; de la poitrine, de l'abdomen, de la paume et du dos des mains comme celle des pieds des deux côtés, ne montre aucune lésion pathologique. On trouve sur la peau de l'avant-bras, du dos, des cuisses et des mollets, du pénis et du scrotum des efflorescences que l'on peut définir, d'après leur développement, comme papuleuses, aux différents stades de leur évolution. Les plus anciennes de ces efflorescences sont au scrotum, à la partie interne du mollet gauche et du pénis. Du côté droit du scrotum, près du raphé, nous trouvons un tout petit ulcère plat dont les bords ont à peine 2 millimètres de hauteur, taillés à pic et dont la surface est recouverte par du pus. Après la disparition de la sécrétion, il se forme une surface saine, rouge, qui granule. Les ulcères ont les dimensions d'une grosse fève. Au pourtour, il n'y a aucune trace d'inflammation considérable. Un ulcère semblable, mais de plus petites dimensions, s'est montré sur la peau de la face inférieure du pénis, près du scrotum. Cet ulcère est couvert d'une croûte sèche et noire et, après avoir suppuré assez abondamment, il s'est recouvert de granulations nouvelles. Les autres caractères de ces ulcères sont ceux qui ont été précédemment décrits.

A la partie interne du mollet gauche on trouve une croûte noire qui est très adhérente à la base. Nous tentâmes de l'arracher de sa base très difficilement et nous trouvâmes un saignement anormal. Le bord de la croûte est peu élevé. La peau de la cuisse gauche présente une pigmentation foncée à sa partie externe. Là on voit un groupe de papules de la grosseur d'un petit pois jusqu'à celle d'une pièce de deux liards, planes ou un peu surélevées. Quelques-unes sont rouge pâle; d'autres plus rouges, et la rougeur se trouve surtout à la périphérie.

Elles se présentent, pour la plupart, avec des contours circulaires et ne sont pas suintantes. Les plus grosses sont affaissées au centre. On trouve une croûte brune, se desquamant, sèche, très adhérente à la base.

Mais cette description ne s'applique pas à toutes les plus grosses efflorescences. Il y en a qui ont une surface toute

lisse. Leur teinte est plus pâle que celle des autres. On peut noter un suintement. Sur la peau de la moitié supérieure de la partie externe de la cuisse gauche nous comptons dix grandes ou petites efflorescences; sur la partie inférieure du même côté, deux.

Le nombre des efflorescences vient au second rang à la partie postérieure de cette même cuisse.

Dans un espace restreint du pli fessier on trouve cinq efflorescences de la grosseur d'un petit à un gros pois. Ce sont de larges papules, rouge pâle et trois sont recouvertes en leur milieu d'une croûte lamelleuse brun rouge.

A la partie interne de la cuisse gauche, se montrent des boutons disséminés à une grande distance les uns des autres. Deux de ces efflorescences, celles qui sont au milieu du côté interne de la cuisse, ont la taille d'une couronne. Elles sont un peu élevées, avec un liseré rouge et toute leur surface est recouverte d'une croûte sèche, noire, très adhérente à la base, épaisse. Une efflorescence semblable, quoique un peu plus petite, se montre à cinq centimètres de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Les efflorescences de la cuisse droite sont bien moins importantes que celles de l'autre cuisse (du côté externe, cinq; du côté interne, deux). A la partie postérieure, nous trouvons une assez grande efflorescence près du pli fessier.

Directement au-dessus du creux poplité, nous trouvons deux grandes efflorescences, l'une centrale, l'autre latérale, et toutes deux recouvertes d'une croûte bien circonscrite. La peau du mollet gauche montre, à sa partie interne, quatre efflorescences caractéristiques. L'une d'elles — l'ulcère est près de la moitié supérieure — est à noter pour sa taille remarquable. Elle présente une croûte très adhérente, noire, mince, d'une grandeur considérable.

Il n'y a pas d'efflorescences sur la peau de la partie interne et externe de la jambe droite. Aux deux jarrets, se trouvent deux efflorescences symétriques, de la taille d'une fève, recouvertes par une croûte un peu affaissée au centre et lamelleuse.

La peau de la fesse gauche montre un groupe de quatre gran-

des papules planes et rouge pâle, qui sont limitées par de la peau absolument normale.

Les dernières papules décrites sont d'une consistance élastique, mais non très molle.

La peau de l'avant-bras, du côté de la flexion, ne montre rien ni à droite, ni à gauche, mais du côté de l'extension à droite et à gauche, se voit une efflorescence de la grosseur d'un pois, un peu surélevée, recouverte d'une croûte gangréneuse, dont les caractères sont déjà décrits.

A la partie externe du bras, au dos, il y a aussi des papules identiques.

Pendant le court espace d'un mois, nous remarquons diverses formes de l'exanthème. La grande majorité des efflorescences décrites, en forme de boutons, limitées, surélevées, rouge pâle, non suintantes, disparurent sans trace et ne laissèrent aucune pigmentation. Les autres — principalement les plus grosses — avortèrent et laissèrent des places avec pigmentation foncée, sur lesquelles l'épiderme desquamait finement. Ceci s'observa surtout aux efflorescences de la cuisse. Presque le tiers des efflorescences provoqua la gangrène à la surface; elles se couvraient d'une croûte brunâtre, noirâtre ou noire, très adhérente. Pendant ce temps se montraient à différents endroits de nouvelles éruptions, de nouvelles efflorescences, et ainsi jusqu'au 27 novembre.

Etaient exempts d'efflorescences; la peau du cuir chevelu, du visage, du cou, de la nuque, de la poitrine, de la paume des mains et de la plante des pieds.

De nouvelles efflorescences se montrèrent au bras droit et au bras gauche, au niveau du col de l'humerus. Dans les derniers temps, sur le côté de flexion gauche, près du creux axillaire, deux nouvelles efflorescences papuleuses, rouge pâle, de la grosseur d'un petit pois.

Au scrotum, on trouve à la place de l'ulcère décrit précédemment une cicatrice délicate, superficielle, rouge brune. La plaie de la base du pénis est guérie.

A l'avant-bras droit, on trouve une papule grosse comme un pois, pâle, un peu surélevé, qui n'est pas sensible, entourée d'un liséré un peu rouge, avec, à son centre, une croûte noirâ-

tre. A la jambe droite, trois efflorescences impétigineuses.

Par ailleurs, la peau est normale.

Dans le but d'un examen anatomique, on excita une papule caractéristique, grosse comme une lentille, sur la peau de la cuisse gauche et on examina son évolution pendant huit jours.

Sa surface, qui était plus pâle que la périphérie, ne présentait pas au centre la croûte déjà décrite maintes fois. Le malade n'avait pas consenti à ce qu'on lui extirpe un autre fragment de peau. Le morceau enlevé fut traité au sublimé et à l'alcool et monté. Les coupes furent faites par diverses méthodes de coloration, principalement l'hématoxyline, le picrocarmin, le carmin aliné, l'éosine, le Gram, le Weichert, le Neelsen. Déjà avec un petit grossissement, on voit des modifications grossières de l'épithélium du derme et du tissu conjonctif sous-cutané.

Il est aisé de constater une dilatation des lymphatiques, qui en divers endroits est très considérable, et aux parois desquels on reconnaît l'endothélium.

Ces changements sont particulièrement visibles dans la couche la plus profonde du stratum réticulaire tandis que la dilatation est moindre dans le stratum papillaire

En ce qui concerne les vaisseaux sanguins, on peut reconnaître une dilatation marquée aussi bien dans les vaisseaux du stratum papillaire que dans ceux du stratum réticulaire.

Nous ne remarquons aucune accumulation sporadique certaine de l'endothélium.

Le stratum papillaire et le stratum réticulaire sont infiltrés.

Une infiltration suit les vaisseaux et forme autour des glandes sébacées et des follicules des nids ronds très importants. On voit d'ailleurs un infiltrat comme dans la couche papillaire et surtout dans la couche réticulaire.

Le tissu des glandes sudoripares et adipeuses n'est pas partout bien limité.

L'infiltrat présente des petites cellules rondes et quelques cellules épithéliales plus grosses. Les cellules rondes sont riches en protoplasme. Les gros nids d'infiltrat se tiennent surtout à la périphérie où sont groupées les petites cellules rondes, tandis qu'au centre, il y a les cellules épithéloïdes.

De notre observation et de notre description, il résulte que

notre cas est une affection caractérisée par une efflorescence papuleuse. Les papules, planes, rouge pâle, limitées par un liséré rouge, un peu surélevées et rénitentes, deviennent pour la plupart plus grandes ; quelques-unes avortent. Les efflorescences les plus grosses subissent une double évolution. Les unes disparaissent spontanément et entièrement et laissent après elles la peau avec une pigmentation un peu plus rouge foncé que les parties environnantes, avec fine desquamation ; d'autres se recouvrent au centre d'une eschare lamelleuse, au début brune ou brun noir, trèsadhérente, qui plus tard, devient épaisse et foncée. Si l'on arrache cette eschare, on trouve un ulcère dont le bord à granulations luxuriantes est large, peu élevé, rougeâtre et bleu rouge à la périphérie extrême, assez tranché, inégal, de 3 millimètres de hauteur, à sécrétion purulente à la base. Si on laisse l'eschare intacte, elle se détache spontanément après un laps de temps plus ou moins long, et il ne reste à la place de l'efflorescence qu'une tache pigmentée.

Les auteurs n'ont pu constater, dans ce cas, aucune régularité relativement à des sièges de prédilection et à des localisations spéciales.

Le malade quitta la clinique le 15 décembre 1894. Le jour de son départ, nous ne pûmes constater des efflorescences qu'aux extrémités. A la face externe de l'avant-bras droit, on trouve une croûte caractéristique, sèche, noire. Une semblable, de la dimension d'un Kreutzer, se voit à la face interne de la jambe gauche. On trouve en grand nombre des papules grandes, planes, les unes en voie de guérison, les autres, recouvertes d'une fine croûte brunâtre aux deux cuisses et aux jambes et çà et là sur le côté d'extension des avant-bras.

Des pigmentations très nombreuses brun-rouge ou brunâtre qui marquent la place des efflorescences disparues se voient disséminées à ces endroits.

Nous eûmes l'occasion de revoir le malade le 30 octobre 1895. Nous constatâmes l'état suivant de la peau. Sur la peau de la tête, du cou, de la poitrine, de l'abdomen et du dos, aucune efflorescence. Sur toutes les parties énumérées précédemment et qui étaient envahies se voient des cicatrices superficielles, pigmentées, lisses, sur lesquelles la peau est légèrement luisante et glissante.

On voit de ci de là, quelques rares cellules géantes bien colorées avec leur noyau périphérique. On peut trouver ces cellules dans l'infiltrat. On ne constate aucun ordre dans tous ces éléments cellulaires.

L'épithélium offre des modifications essentielles. Les cellules de la couche basale qui sont pigmentées fortement et ont une forme cylindrique allongée ne se colorent pas bien partout et par place sont méconnaissables. Dans la couche de Malpighi on ne constate aucune modification précise. Cependant la forme et le caractère des cellules sont essentiellement modifiées.

La distance entre les cellules isolées est un peu plus grande et dans la couche profonde, on constate en différentes places la pénétration de leucocytes. On trouve aussi de nombreux leucocytes entre les cellules dans la couche supérieure. La majorité des cellules perd la forme polygonale caractéristique et montre plutôt une forme ronde.

Le protoplasme est excessivement granuleux. Dans un grand nombre de cellules, il faut signaler un noyau bien distinct. Ces noyaux sont granuleux, grands, teintés au centre et à la périphérie très uniformément et les nucléoles sont aussi bien colorés et quelques-uns ont des dimensions étonnantes. Quelques cellules montrent une zone périnucléaire distincte quoique Leloir n'a pu observer une image type d'une altération cavi-taire.

La couche cornée est très fine et transparente.

Quant à l'étiologie de cette affection, on a fait à plusieurs reprises de nombreux examens bactériologiques de la sécrétion sous l'eschare ainsi que du sang; les résultats ont toujours été négatifs.

Si on récapitule les caractères cliniques et l'état histologique de ce cas de gangrène multiple de la peau, on se trouve en présence de conditions dignes d'attention. Bien qu'en ce qui concerne l'étiologie, l'examen bactériologique n'ait donné, malgré de fréquentes recherches que des résultats complètement négatifs, on ne saurait, d'après la marche clinique rejeter l'hypothèse d'une cause infectieuse. Cette hypothèse est encore appuyée par les dires du malade sur une piqûre suivie d'une cicatrice rougeâtre. Il aurait pu y avoir ici une infection dite apicole. Il faut toutefois faire remarquer que même la recherche

des bacilles de l'anthrax fut constamment négative. On peut exclure d'autres causes étiologiques au point de vue clinique ou histologique.

Il ne peut pas non plus être question d'une altération des vaisseaux, ni de syphilis, ni de diabète ou de toute autre diathèse constitutionnelle.

L'étude la plus attentive du système nerveux ne donne aucun point de repère pour la nature nerveuse de cette affection; la distribution et la disposition des efflorescences ne concordent nullement avec des districts déterminés de distribution des nerfs périphériques et on ne trouvait aucun symptôme du côté du système nerveux central.

L'affection n'était pas non plus déterminée par des agents chimiques, des cautérisations. Il ne pouvait pas non plus être question de simulation.

Ainsi que cela résulte de l'examen histologique, il est évident que tout le processus a son point de départ dans un infiltrat situé autour des glandes sudoripares et sébacées ainsi qu'autour des follicules pileux, et qu'il faut le regarder comme une variété spéciale de périfolliculite qui, peu à peu, pénètre les couches supérieures de la peau, s'ouvre un passage vers la couche épithéliale et finalement détermine la gangrène des couches en question de la peau.

OBSERVATION XV

(Personnelle)

C... Baptiste, âgé de 21 ans, ouvrier zingueur à Lyon.

Rien ne mérite d'être signalé dans les antécédents héréditaires. Tous les membres de sa famille ont toujours joui d'une excellente santé. Le père est âgé de 57 ans, et très vigoureux. La mère est morte à 38 ans.

Nous avons très soigneusement fouillé ses antécédents personnels sans rien trouver qui soit digne d'attirer l'attention. Ni lymphatisme, ni scrofuleuse. Pas de bronchites antérieures. Aucun signe de nervosisme exagéré. Le sujet a toujours travaillé sans interruption et il affirme qu'il se trouve pour la première fois atteint d'une maladie qui l'oblige à se soigner.

Nous avons particulièrement fouillé l'histoire du malade pendant les mois qui ont précédé l'éruption sans rien trouver qui puisse faire croire à une affection syphilitique antérieure. Rien du côté du canal, de l'anوس ou de la gorge. Jamais de dysphagie, jamais d'adénopathie inguinale ou sous-maxillaire. Ni maux de tête, ni éruptions, ni bouton isolé en quelque partie du corps que ce soit.

Tout ce que nous obtenons, c'est qu'en septembre 1900, trois mois avant l'éruption par conséquent, le malade fut blessé à la racine de l'annulaire par une bague en laiton qu'il portait habituellement. Une légère ulcération survint, qui suivait assez exactement le pli digito-palmar. Elle était peu profonde, douloureuse, gênant les mouvements du doigt. Elle se couvrit de croûtes qui tombèrent et se renouvelèrent. Cette lésion dura en tout un mois. Le malade n'interrompit pas son travail et ne la soigna aucunement. Elle guérit sans laisser de cicatrices. Pas d'adénopathie appréciable pour le malade.

Le 27 décembre 1900, le malade revenait de faire sa période de 28 jours. Il s'aperçut, le soir même, d'une enflure douloureuse de l'aisselle droite. La palpation lui fit reconnaître la présence de deux ou trois glandes anormalement tuméfiées, du volume d'une grosse noisette. Il se traita avec des cataplasmes chauds. Le lendemain, persistance des grosseurs et apparition de maux de tête continus et violents, obligeant au repos.

Ceci dure cinq jours, s'atténue et disparaît. Mais, en même temps, il constate sur la partie cutanée de la lèvre supérieure, à gauche, entre le lobule nasal et la muqueuse labiale, la présence d'un petit bouton rouge, plat, indolent, non prurigineux, auquel il ne prête pas grande attention. Un second bouton survient peu après, du même côté, sous la lèvre inférieure, puis un troisième près de l'œil droit, débutant par un bouton analogue au premier. Ces trois boutons évoluèrent semblablement, augmentant peu à peu de diamètre, se recouvrant de croûtes jaunâtres que le malade n'osait toucher, toujours aussi indolents qu'au début. Un médecin consulté quinze jours après, donna des bains de sublimé et des pilules de proto-iodure. Puis les croûtes tombant d'elles-mêmes pour faire place à des ulcérations suppurantes, le malade fut reçu à l'hospice de

l'Antiquaille, le 26 janvier 1901, dans le service de M. le professeur Gailliton. L'affection datait d'un mois et était en pleine période d'état.

Telle fut la première poussée. Depuis cette époque, le malade n'a à peu près pas quitté l'Antiquaille. Les poussées ont succédé les unes aux autres, plus ou moins intenses, mais toujours morphologiquement identiques à elles-mêmes. Quelques phénomènes les ont accompagnées.

Nous croyons utile, pour la clarté de notre sujet, de décrire tout d'abord l'évolution d'une de ces ulcérations et sa marche, avant d'énumérer les poussées dans l'ordre chronologique de leur apparition.

Voici les caractères des lésions, telles que M. le Dr Carle, chef de clinique, put les observer.

Le début est toujours des plus insignifiants et, si le malade n'était prévenu, il n'y prêterait aucune attention. Un petit bouton rouge, gros comme une tête d'épingle, prurigineux et indolent, survient spontanément, en un point quelconque des téguments. En quatre à cinq jours, ce bouton s'étend et devient grosse papule, en même temps que son centre se couvre d'une petite croûte blanche et lamelleuse, laissant dépasser une aréole rouge à la périphérie. La croûte soulevée montre de fines pointes, qui pénètrent assez profondément le tégument sous-jacent. Dans les huit jours qui suivent, la bordure érythémateuse s'élargit excentriquement, refoulée par la croûte centrale qui s'épaissit visiblement. La lésion peut alors évoluer en trois sens différents :

1° La croûte blanche centrale croît régulièrement jusqu'au diamètre d'une pièce de un franc, toujours bordée d'une aréole rouge, dont la teinte vive se fond peu à peu avec celle des téguments voisins. Cette croûte est lamelleuse, micée, non furfuracée, assez adhérente, résistante aux lavages, ne s'enlevant pas sans écorchures. Ni inflammation, ni douleur spontanée ou provoquée, pas du prurit.

Au bout d'une quinzaine de jours, l'accroissement est terminé, la lésion reste stationnaire pendant une à deux semaines, puis la croûte se détache d'elle-même, petit à petit, découvrant une macule infiltrée rouge vif.

Cette couleur s'atténue, passe au lie de vin, puis au rose

foncé, mais persiste des mois. Aucune de celles que nous avons vu naître, si minime qu'elle soit, n'a encore disparu.

2^o Même évolution jusqu'au quinzième jour, mais à cette époque :

a) La lésion s'infiltré, se surelève légèrement, la palpation de la zone érythémateuse périphérique, donne une sensation de tissu épais, presque indurée; l'auréole s'étend, devient plus rouge et se délimite mieux, sans transition avec le tissu ambiant.

b) La croûte devient jaunâtre, épaisse, grasse, également infiltrée. Elle quitte l'allure psoriasiforme pour se rapprocher de celle de l'ecthyma, moins grise cependant et moins dure. Puis, elle se détache peu à peu d'elle-même, facilement, au bout d'un mois, sous forme d'un détritüs putrilagineux.

Au dessous d'elle apparaît une ulcération peu profonde, sanieuse, à fond irrégulier, à bords peu marqués, émettant un pus sanieux strié de sang.

Traitée, elle persiste environ un mois, puis le fond se déterge, la réparation se fait rapidement, en cinq ou six jours.

Une tache rouge, assez fortement infiltrée, persiste indéfiniment. Quand l'ulcère a été profond, la cicatrice devient à la longue blanche et atrophique, non infiltrée, veinée de bleu, bordée d'un léger cercle brun à la périphérie.

3^o Enfin, l'évolution peut être franchement et rapidement nécrotique, soit spontanément, soit après avoir passé par les deux stades précédents. Dans ce cas, vers la fin de la troisième semaine, après le début de l'ulcération, la croûte change presque subitement d'aspect (et le malade prévoit maintenant fort bien l'évolution d'après ce changement). Après avoir passé par un stade d'infiltration puriforme, la croûte devient grise, puis noirâtre. Un sillon se trace, qui sépare peu à peu ce tissu central devenu escharotique d'avec l'auréole érythémateuse périphérique. La lésion est alors profondément infiltrée. Au fur et à mesure que la croûte se resserre au centre, l'ulcération apparaît, profonde et rouge, avec des bords taillés à pic, irréguliers, croûteux et épaissis. Le pus sanieux, très odorant, sanguinolent, arrive les premiers jours en grande abondance, puis s'atténue. L'ulcération peut persister ainsi de six à huit semaines, suivant sa localisation et la rigueur du traitement.

Par elle-même, la lésion est indolente, sauf en certains points, les orifices de la face, ou le cuir chevelu où elle acquiert des caractères inflammatoires et douloureux qu'elle n'a pas en d'autres parties du corps.

Puis, dès que l'eschare est éliminée, la réparation est en général assez rapide. Quelques jours suffisent pour combler de larges et profondes ulcérations avec un traitement très anodin.

Les cicatrices sont moins rouges que celles des lésions précédentes et plus souples. Le centre est généralement leucodermique et lisse, tandis qu'à la périphérie persiste une zone plus infiltrée, plus colorée, croûteuse quelquefois, constituée par une série d'arcs de cercle rejoints bout à bout. L'aréole bistrée et la surface entièrement leucodermique est rare et ne se trouve qu'à la suite de lésions précocement et fortement cautérisées.

Nous allons maintenant étudier chronologiquement les poussées successives, leurs caractères différentiels suivant leur siège et leur intensité et les phénomènes pathologiques concomitants.

La première poussée, comme nous l'avons dit, a été précédée d'une adénite axillaire subaiguë, non suppurée et de céphalées pendant une huitaine. Puis sont apparues les trois ulcérations déjà mentionnées à la face. A l'arrivée du malade à l'hôpital, elles étaient en pleine évolution; celle du nez était la plus considérable, gangréneuse et profonde.

On continua le traitement spécifique déjà suivi par le malade et l'on fit des pansements simples.

L'extension persistait. Au bout d'un mois, en présence de cette aggravation, le Dr Carle cautérisa fortement l'ulcération mentonnière à l'électro-cautère et les deux au chlorure de zinc à 30/100, après avoir détergé la surface à la curette. Cette opération fut répétée tous les deux jours. En quinze jours, la guérison s'ensuivit. La lésion électro-cautérisée fut très vite cicatrisée et laissa une tache souple et blanche, au lieu que les deux autres, et surtout celle de la lèvre supérieure, laissèrent un gros placard rouge et infiltré qui persiste encore.

Deuxième poussée en février 1901, généralisée aux membres avec première apparition sur le thorax de quelques papules croûteuses généralement avortées. En même temps, une adénite

sous-maxillaire douloureuse, attire l'attention sur les amygdales sur lesquelles, nous découvrons des ulcérations douloureuses et profondes, bien délimitées, à fond blanchâtre. Fièvre concomitante qui oscille de 38° à 39° et dont l'apparition a précédé l'éruption. Le tout dure un mois et demi, avec le traitement suivant que nous avons toujours suivi depuis : lavages ou pansements humides jusqu'à la chute des croûtes, cautérisation au chlorure de zinc, à 10, 20 ou 30 p. 100, emplâtre de Vigo, dans l'intervalle. Peu de croûtes gangréneuses et celles-ci très minimes, du diamètre d'une pièce de 50 centimes.

Le malade sort et revient en mai 1901. Cette fois, il y a récurrence sur la face, *in situ* et poussée nouvelle sur le cuir chevelu. En même temps, céphalée intense et persistant trois semaines, malgré tous les traitements : antipyrine, bromure, iodure, mercure à forte dose. Coïncidence ou non, la phénacétine seule a donné un excellent résultat.

Fièvre forte, obligeant au séjour au lit pendant dix jours, gonflement amygdalien bilatéral et adénite sous-maxillaire. Les ulcères du cuir chevelu ont été particulièrement mauvais. Ils étaient situés à la nuque, difficiles à laver pour le malade, et aggravés par la présence des cheveux. Aussi cette région a-t-elle fourni une série de plaques gangréneuses, longuement suppurantes et douloureuses.

Même traitement et guérison relative en deux mois.

La malade ayant voulu sortir, revient fin août 1901 en très mauvais état. Le tronc, jusque là respecté, était atteint : quelques ulcérations ecchymateuses paraissaient sur le thorax, mais le maximum se trouvait aux lombes et aux fesses. Le malade n'ayant pu se traiter vu le siège, les ulcérations s'étaient étendues et sans doute rejointes, si bien que deux énormes placards ulcérés, larges comme le fond d'une assiette occupaient cette région. Le pli interfessier était atteint et une ulcération atteignait même les bords de l'anus, empêchant complètement la marche.

Comme les précédentes et comme les suivantes, cette éruption avait été précédée de trois semaines de céphalée et de fièvre.

Calmée par un traitement long et minutieux, cette poussée s'achevait à peine quand commençait la suivante en novem-

bre 1901, localisée au bras gauche et à l'oreille. Cette dernière manifestation fut particulièrement terrible. Siégeant à l'orifice du conduit auditif, l'ulcération l'envahit en partie et fut accompagnée d'un œdème intense de toute l'oreille externe, avec rougeur érysipélateoïde de la région, douleur violente et adénite mastoïdienne énorme. La guérison ne fut guère plus longue que pour les autres cas ; amygdalite suppurée concomitante.

Une nouvelle poussée vient de s'effectuer fin janvier 1902, elle se termine actuellement. Celle-ci a été beaucoup plus discrète, quelques efflorescences au cuir chevelu, une petite plaque gangréneuse au bras, une autre au scrotum, une troisième à la verge. Il semble que les poussées s'affaiblissent et diminuent d'intensité. Même évolution et même traitement que les précédentes.

A la suite de ces multiples poussées, le malade est actuellement criblé de plaques rouges, de toutes dimensions, depuis un pois jusqu'à une assiette. Infiltrée plus ou moins, quelquefois croûteuses, toujours indolentes, plus marquées à la périphérie qu'au centre, ces cicatrices sont stationnaires depuis déjà plusieurs mois. Quelques-unes sont blanches, atrophiques, leucodermiques ; quant aux autres, elles ne sont aucunement modifiées depuis leur guérison.

Enfin la dernière poussée a eu lieu dans le courant de mars, constitué par quelques plaques peu nombreuses, mais dont quelques-unes furent assez profondes notamment au dos et à l'avant-bras. Cette fois la poussée s'accompagnait d'une épididymite très douloureuse au début qui s'atténua peu à peu sans incidents, mais laissant persister une hypertrophie encore appréciable.

Au cours de ces poussées, par deux fois le liquide recueilli sous la croûte et examiné, traité par divers procédés de coloration n'a décelé la présence d'aucun bacille spécial.

OBSERVATION XVI

(Personnelle)

G... âgé de 35 ans, garçon de peine à Lyon est entré le 27 avril à la clinique de l'Antiquaille, service de M. le Professeur Gailleton.

Rien dans ses antécédents héréditaires. Père et mère morts

âgés, de maladies indéterminées. Frères et sœurs bien portants.

Rien à noter dans ses antécédents personnels jusqu'à l'affection actuelle. Il a toujours été d'une santé excellente et d'une constitution vigoureuse.

Au mois de mai 1899, et sans apprécier l'importance de cet incident, le malade signale que, plantant un échalas, celui-ci se brisa l'un des fragments vint violemment heurter la face postérieure du bras droit, produisant une écorchure qui se cicatrisa d'ailleurs normalement.

Quinze jours après, fin mai, il s'aperçut pour la première fois, d'un petit bouton, qu'il qualifie de furoncle, sur la face postérieure du bras droit. sur le siège de l'écorchure, dit-il. Ce bouton, peu douloureux, prurigineux, était surélevé et rouge et émettait à la pression un peu d'« humeur ». Il s'affaissa en quelques jours et fut remplacé par une croûte, cachant une ulcération, qui disparut à son tour, laissant une trace blanchâtre.

Quinze jours après, apparition de plusieurs boutons semblables sur la région scapulaire droite. Mêmes caractères et même évolution.

Huit mois après, des efflorescences analogues surviennent au cou.

Elles forment d'abord un bouquet central, qui s'étendent excentriquement formant un placard à bord polycycliques. Le centre régresse tout d'abord, constitué par un tissu cicatriciel du, aux ulcérations primitivement apparues. Tout autour de ce centre blanchâtre, les ulcérations apparurent à divers degrés. Enfin la périphérie est constituée par une série de papulopustules disposées en croissant ou en arc-de-cercle.

Puis tout se cicatrise peu à peu, le bord restant toujours plus surelevé et plus infiltré que le reste du placard qui est blanchâtre et jaunâtre, veiné de bleu et de rose, parcouru par des bandes dures et scléreuses. De placard tout entier fait son évolution en un mois environ.

Six mois après la région ombilicale est à son tour atteinte. Dès lors, les poussées en se discontinuant plus et successivement, s'étendent dans toute la région située entre le creux épigastrique, la région pubienne et les deux axillo-iliaques qu'elles dépassent même par endroits.

Aucune modification dans l'évolution.

Jusqu'à cette époque le malade n'a suivi aucun traitement. Il se contentait de laver les plaies et de les panser avec des compresses de toile. Pas de traitement interne.

A ce moment (avril 1902) une poussée plus intensive décide le malade à venir à l'hôpital. Les efflorescences et les ulcérations ont envahi la région deltoïdienne gauche, le bras du même côté, la région inter mammaire et le dos.

Au moment de son entrée à l'hôpital, toutes ces cicatrices se sont réunies et le malade présente une cuirasse scléreuse, ulcérée par endroits, ayant recouvert l'abdomen, la région épigastrique, le thorax, le cou, le bras gauche, le bras et l'avant-bras droit en avant la partie supérieure du dos.

L'aspect en est des plus variables. La cicatrice peut affecter toutes les formes. Blanche, lisse et superficielle sur le bras droit et le dos, elle est au contraire, profondément infiltrée, sillonnée de stries bleuâtres et de cordons rétractiles scléreux sur le thorax et l'abdomen. Sur certaines régions se dessinent des figures bizarres : des pattes de homard sur l'abdomen, des cercles concentriques bruns sur le flanc gauche. Tantôt la peau a presque la souplesse de la peau normale, tantôt elle est dure, ligneuse impossible à déprimer. Elle est rarement d'une coloration uniforme, plus souvent veinée de cordons roses et bleus, plus scléreux que le reste de la surface, un peu surlevés, marquant l'union de deux anciennes ulcérations qui sont devenues confluentes.

Sur cette vaste enveloppe scléreuse ressortent une série d'ulcérations.

1^o Au niveau du creux épigastrique, une ulcération en forme de virgule transversale, ulcération superficielle, restreinte à l'épiderme et au derme, absolument indolentes entrecoupée de lambeaux en voie de cicatrisation et de guérison, limitée par un rebord saillant, peu abrupt, rejoignant le fond en pente douce par endroits, déchiqueté en d'autres.

Le fond suppure sans abondance et se recouvre par points d'un enduit jaunâtre muco-purulent. Quelques croûtes surviennent que le nettoyage fait disparaître avec facilité.

2^o Au-dessous du sein droit une seconde lésion analogue, mais d'un degré plus avancé dans le sens de la guérison. Le centre est à peu près cicatrisé. Les bords seuls, circonscrits et serpigineux, ont conservé l'aspect ulcéreux du début.

3° Sous l'aisselle une lésion nummulaire, en voie de guérison, à fond bourgeonnant.

4° A la partie supérieure du bras gauche, une ulcération à peu près identique à la première, en forme de croissant, avec les mêmes bords irréguliers, et même fond bourgeonnant et la même tendance à la cicatrisation.

Les phénomènes subjectifs sont réduits au minimum. Tout au plus une sensation de cuisson et de brûlure pendant la période active des ulcérations, mais fort peu de choses, si bien que le malade resta fort longtemps sans songer à consulter un médecin.

L'état général reste excellent. Jamais de phénomènes généraux, ni céphalée, ni fièvre. Appétit suffisant. Urines normales.

Le malade ne présente aucun trouble trophique aux extrémités, mais quelques modifications indéniables de la sensibilité normale.

Il y a une anesthésie pharyngienne complète et de l'hypoesthésie cornéenne. Au niveau des cicatrices, la sensibilité est considérablement diminuée ; on peut traverser très facilement la peau avec une épingle. Le malade a vaguement la sensation de piqure sans accuser une vraie douleur.

Le malade est présenté par M. le professeur Gailleton à la Société nationale de Médecine de Lyon, comme un cas curieux de gangrène spontanée. La plupart des assistants veulent le rattacher à la syphilis.

On n'institue cependant pas le traitement spécifique. En deux mois le malade est complètement guéri de ces ulcérations par de simples lavages et des pansements poudrés. Toute la surface malade est alors une vaste cicatrice scléreuse sans solution de continuité.



FIG. 1

Observation XV (personnelle)

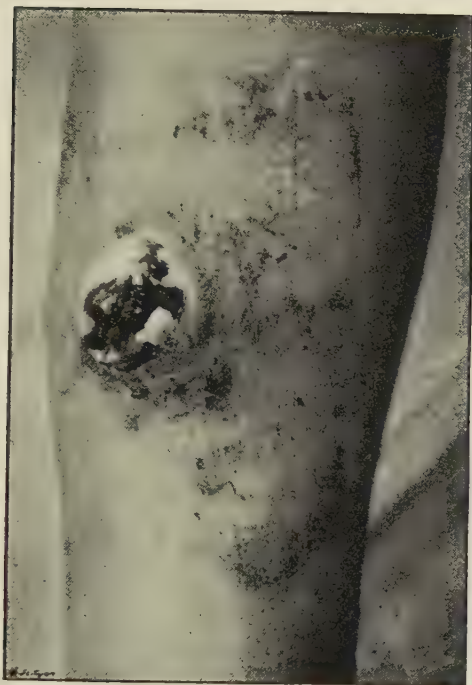


FIG. 2

Observation XV (personnelle)
Début d'une plaque de Gangrène

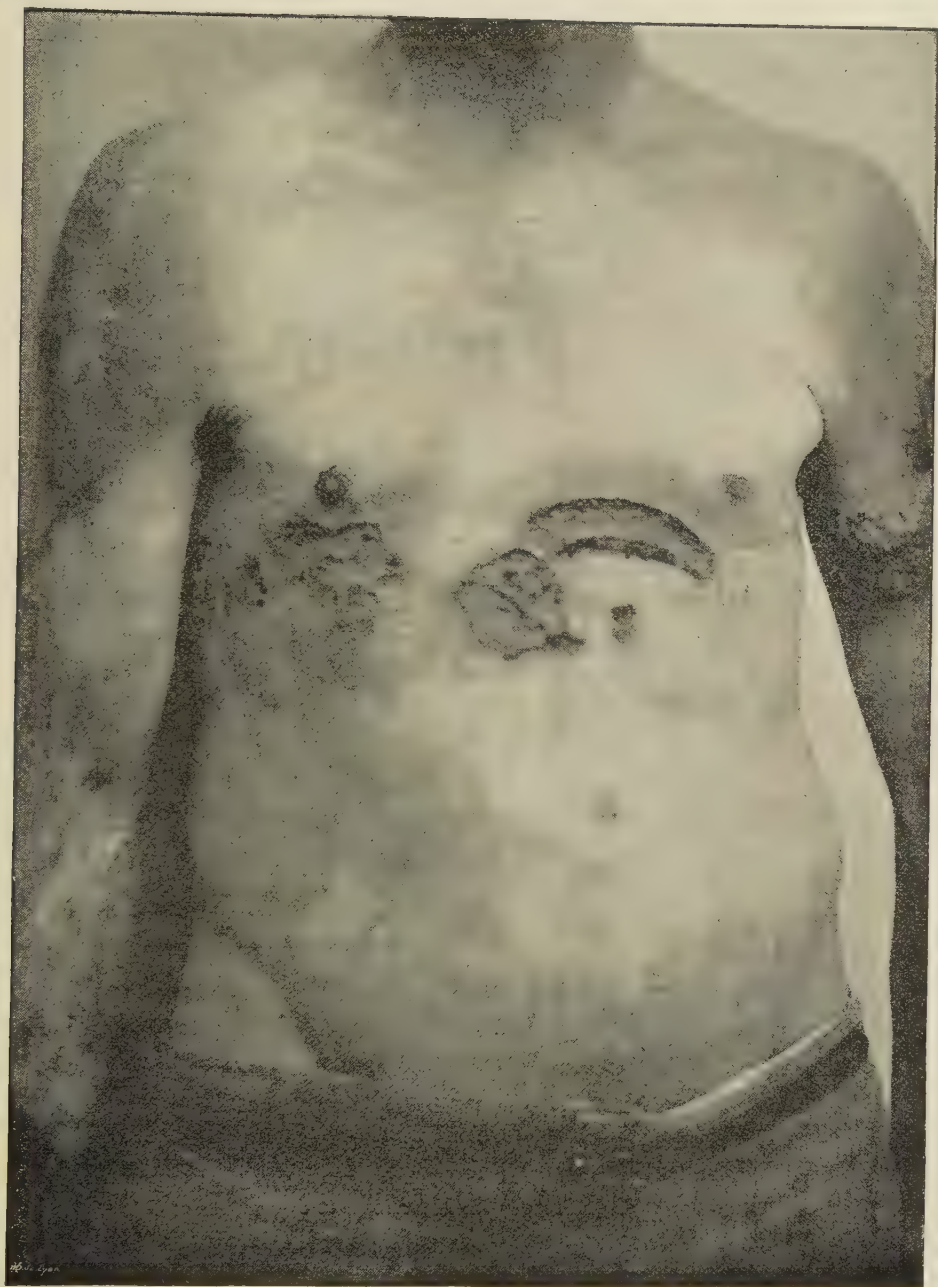


FIG. 3
Observation XVI (personnelle)

CONCLUSIONS

1^o Il existe une dermatose caractérisée par l'apparition spontanée, en dehors de toute diathèse, d'éléments très divers à évolution inflammatoire ou gangréneuse pouvant s'étendre, sous forme de poussées successives, à toute l'étendue du revêtement cutané.

2^o Quel que soit le mode de début (érythème, vésicule, papule, pustule, etc.), l'évolution consécutive de ces éléments est triple : les uns avortent, marquant leur place par une macule assez persistante ; les autres évoluent comme un *echtyma* ordinaire avec les stades classiques d'infiltration, ulcération, croûte et de cicatrisation par bourgeonnement sans perte de substance ; les derniers enfin, les plus intéressants pour nous, se nécrosent à leur partie centrale, une croûte noire se constitue, se détache et s'élimine, laissant une ulcération qui, plus tard, sera marquée par une cicatrice indélébile, atrophique, superficielle ou profonde.

3^o Il est difficile d'affirmer la nature de cette dermatose. Cependant la fréquence d'une blessure, à l'origine, l'évolution par poussées successives, souvent fébriles, les phénomènes concomitants d'adénite et d'inflammations glandulaires, les greffes accidentelles, enfin l'examen anatomo-pathologique sont en faveur d'une maladie infectieuse dont les lésions se multiplient par auto-inoculation.

VU :

Le Président de la Thèse,

GAILLETON.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 juillet 1902.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université.

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- EICHOFF. — *Deutsche Med., Wochenschr.*, 1880-1885.
- SANGSTER. — Transaction of the International Congr. London, 188.
- NEUMANN. — *Vierteljahrschr f. Derm. u. Syph.*, 1882.
- LELOIR. — Recherches clin. et anat. path. sur les aff. cut.d'or. nerv., 1882.
- BOECK-COESAR. — *Norsk Magazin for Laegevinedsk Forhandl* page 35, 1886. Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1882.
- DOUTRELEPONT. — « Ueber einen Fall von multipler Hautgangran » *Vierteljahrschr. f. Der. u. Syph.*, 1886.
- KOPP. — *Münchner Med. Wochenschr.*, 1886.
- CROCKER. — *Medico-Chirurg. transact.*, 1887.
- PINEAU. — *Union Méd.* 1887.
- RANKE. — « Zur Aetiologie und pathologischen Anatomie des nomatösen Brandes » in *Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, 1887.
- DEMME. — *Fortscher. der Medicin.*, 1888.
- HUTINEL, publié par le Dr Paul Gallois. *Bulletin méd.*, 1889.
- ROTHMANN. — *Deutsche med. Wochentchr*, 1890.
- RENAULT. — *Médecine Moderne*, 1890.
- BAYET. — *Journal des Sc. méd. de Bruxelles*, 1891 et *Ann. de Derm.*, 1894.
- QUINQUAND. — *Ann. de Derm.*, 1892.
- HEBRA. — *Arch. für Derm.*, 1892.
- SINGER. — *Wiener. Med., Presse*, 1893.

- HALLOPEAU et le DAMANY. — *Annales de Dermatologie*, 1894.
Altérations grangréneuses et nécrotiques multiples et unilatérales de l'extr. cépalique, p. 1.264.
- ROTTER. — Eine neue Art von Hautgangran mit Pustel bildung (*Dermat. Zeitschrift*. Bd. II, 1895).
- JOSEPH. — *Arch. f. Derm. u. Syp.*, 1895.
- JANOVSKY et MOURET. — Beitrage zur Lebre von der multiplen Hautgangran, *Arch. f. Derm. u. Syp.*, 1896, pages 359-386.
- GAILLETON. — *Société nationale de Médecine de Lyon*, mai-juin 1902.
- CARLE. — *Société nationale de Médecine de Lyon*, juin 1902.
-

